



**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NÖROŞİRURJİ VE NÖROLOJİ HASTALARININ
BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMI ALGISI
VE HEMŞİRELİK BAKIMINA İLİŞKİN BEKLENTİLERİ**

Arzu KESKİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

SİVAS-2019

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NÖROŞİRURJİ VE NÖROLOJİ HASTALARININ
BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMI ALGISI
VE HEMŞİRELİK BAKIMINA İLİŞKİN BEKLENTİLERİ**

Arzu KESKİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

SİVAS-2019

“Nöroşirurji ve Nöroloji Hastalarının Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı Algısı ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentileri” adlı **Yüksek lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Esasları** Ana Bilim Dalında **Yüksek lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof.Dr.Şerife KARAGÖZOĞLU

Üye

Doç.Dr.Gülay YILDIRIM

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Şahizer ERAYDIN

Üye

Üye (Danışman)

ONAY

Bu tez çalışması, Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

YÖNERGE

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.



ÖZET

NÖROŞİRURJİ VE NÖROLOJİ HASTALARININ BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMI ALGISI VE HEMŞİRELİK BAKIMINA İLİŞKİN BEKLENTİLERİ

Arzu Keskin

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

2019, 52 sayfa

Bu araştırma nöroşirurji ve nöroloji hastalarında bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım algısı ve hemşirelik bakımına ilişkin beklentilerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel araştırma türündedir. Çalışmanın örneklemini 01 Şubat - 31 Temmuz 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin nöroşirurji ve nöroloji kliniğinde yatan 172 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Tanıtıcı Özellikler Formu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS-B) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 for Windows programına yüklenerek değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda katılımcıların %91.3'ünün hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ve katılımcıların %73.3'ünün var olan hemşirelik bakımının dışında farklı bir beklentisinin olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda Nöroşirurji ve Nöroloji servislerinde yatan hastaların eğitim durumuna göre Klinik Durum ve Kişisel Yaşam Durumu alt boyutları ve BBS-B Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup, ilköğretim mezunu bireylerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca köyde yaşayan katılımcıların bireyselleştirilmiş bakım algısının diğerlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Nöroşirurji, Nöroloji Hastaları, Bireyselleştirilmiş Bakım,

Hemşirelik.

ABSTRACT

THE PERCEPTION OF INDIVIDUALIZED NURSING CARE IN NEUROSURGERY AND NEUROLOGY PATIENTS AND EXPECTATIONS FOR NURSING CARE

Arzu Keskin

Master Thesis

Department of Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

2019, 52 pages

The aim of this study was to investigate the perception of individualized nursing care and expectations about nursing care in neurosurgery and neurology patients.

This research is descriptive. The population of the study consisted of patients hospitalized in a neurosurgery and neurology clinic of a university hospital between February 01 - July 31, 2017. Data were collected using Personal Information Form and Individualized Nursing Care Perception Scale SPSS 22.0 for Windows program was used to evaluate the data.

According to the results of the study, %91.3 of the participants had a high level of satisfaction with nursing care and % 73.3 of the participants had no expectation other than the existing nursing care. In our study, a statistically significant difference was found between the Clinical Status and Personal Life Status subscales and BBS-B total score averages of the patients hospitalized in neurosurgery and neurology services, and it was found that individualized care perceptions of primary school graduates were higher. In addition, individualized care perceptions of village participants were higher than the others.

Keywords: Neurosurgery, Neurology Patients, Individualized Care, Nursing.

TEŐEKKÖR

Bu alışmamı hazırlarken beni olumlu eleştirileriyle ynlendirip, tüm tez sürecinde bana yardımcı olan, kıymetli vaktini benimle paylaşıp bana yol gösteren tez danışmanım sayın hocam, Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU başta olmak üzere, Cumhuriyet niversitesi'nde eğitimimi tamamlamam için emeği geçen diğer bütün hocalarıma, maddi manevi desteklerini hiç esirgemeyen eşim Cengiz KESKİN'e, canım oğullarım Demir ve Emir KESKİN'e, ailem, can arkadaşlarım, Beyin ve Sinir Cerrahisi servis arkadaşlarımda olmak üzere çalışmam da katkıda bulunan herkese teőekkürlerimi sunarım.

Arzu KESKİN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK.....	i
YÖNERGE	iii
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar	ix
ŞEKİLLER.....	xi
KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Nöroşirurji Kavramı.....	4
2.1.1. Nöroşirurjinin Tanımı	4
2.1.2. Sık Karşılaşılan Nöroşirurjik Hastalıklar	4
2.1.2.1.Arteriovenöz Malformasyonlar (AVM).....	5
2.1.2.2.İntrakranial Kanamalar.....	5
2.1.2.3.Trigeminal Nevralji.....	6
2.1.2.4.Chiari Malformasyonu.....	6
2.1.2.5.Hidrocefali.....	6
2.1.2.6.Servikal Disk Hernisi.....	6
2.1.2.7.Spinal Tümörler.....	7
2.1.2.8.Lomber Spondilolistezis.....	7
2.1.2.9.Servikal Spondilozis.....	7
2.1.3. Nöroşirurji Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı.....	8
2.2. Nöroloji Kavramı	8
2.2.1. Nörolojinin Tanımı	8
2.2.2. Sık Karşılaşılan Nörolojik Hastalıklar	9
2.2.2.1. Epilepsi	9
2.2.2.2. Multiple Skleroz	9
2.2.2.3. Guillain Barre Sendromu	10
2.2.2.4. Wilson Hastalığı	11
2.2.2.5. Parkinson Hastalığı.....	12

2.2.2.6. Alzheimer Hastalığı	13
2.2.3. Nörolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı	14
2.3. Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı.....	15
2.3.1. Bakım Kavramı.....	15
2.3.2. Hemşirelik Bakımının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.....	15
2.3.3. Bireyselleştirilmiş Bakım	17
2.3.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı.....	18
2.3.4.1. Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı.....	18
2.3.4.2. Hastaların Hemşirelik Bakım Algısına Yönelik Beklentileri	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Tipi.....	21
3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme:	21
3.3. Veri Toplama Araçları	21
3.3.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	21
3.3.2. Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakım Skalası /BBS-B	21
3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	22
3.5. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	23
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	24
3.8.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	24
3.8.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
6.1. Sonuçlar	35
6.2. Öneriler	36
7. KAYNAKLAR	37
EKLER	44
Ek-1. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	44
Ek-2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B	45
Ek-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	46
Ek-4. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Karar Formu	49
Ek-5. Cumhuriyet Üniversitesi Hastane Yönetimi İzin Formu.....	51
ÖZGEÇMİŞ	52

TABLULAR

Sayfa No

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik ve Sağlıkla ilgili Özelliklerinin Dağılımı (N:172)	25
Tablo 4.2: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=172)	27
Tablo 4.3: Demografik Özelliklere Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	28
Tablo 4.4: Sağlıkla İlgili Tanıtıcı Bilgilere Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	30



ŞEKİLLER

Sayfa No

Şekil 2.1: Hemşirelik Bakımı Hizmetlerinin Hastanın Bakım Algısındaki Beklentileri Etkileyen Faktörler(Şendir ve ark.,2012)	19
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----



KISALTMALAR

AVM	:Arteriovenöz Malformasyonlar
CM	:Chiari malformasyonu
KF	:Kayser-Fleischer
TDK	:Türk Dil Kurumu
UMSARS	:Unified Multiple System Atrophy Rating Scale
BBS	:Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası



1. GİRİŞ

İnsanlığın varoluşundan itibaren gerek duyulan, insan varlığının vazgeçilmez bir uğraşısı ve sağlığın önemli bir yapı taşı olan bakım, aynı zamanda temel bir paradigma olarak hemşireliğin merkezinde yer alır (Aydın 2014, Baykara 2014). Hemşirelik bakımı bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların iyileştirilmesi için kurulan özel bir ilişki ve birey için iyi olana ulaşma çabasıdır (Baykara 2014). Diğerlerinden farklı düşünen ve farklı düşüncelerini davranışa yansıtan kişi birey olarak tanımlanırsa, birey olduğunun farkında olma durumuna da bireysellik denebilir. Bireyselleştirmek ise bir şeyi, bir durumu diğerlerinden ayrı ve tek, özel olarak ele almak anlamına gelir (Ceylan 2014). Bireyselleştirme kavramı 1960-1970’li yıllarda hemşirelik disiplininde özel bir anlam kazanmaya başlamış ve modern hemşireliğin vazgeçilmez bir ilgi alanı olmuştur. Günümüzde bireyselleştirilmiş bakım hemşirelik sürecinin odak noktasında yer almakta ve profesyonel hemşireliğin özünü oluşturmaktadır (Ceylan 2014). Bireyselleştirilmiş bütüncül bakımın gerçekleştirilebilmesi için hemşirelik bakımının özünde bilgi, beceri, bireysellik, bütüncüllük, deneyim, düzenlilik, eleştirel düşünme yeteneği, etik, işbirliği, kalite ve şefkat gibi temel bileşenlerin bulunması gerekir (Aydın 2014).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı aynı zamanda “birey veya hasta merkezli” bakımla eş anlamda da kullanılabilir (Suhonen ve ark 2007). Bireyselleştirilmiş bakım kişilerarası yaklaşımlar ve hemşirelik girişimlerini belirlemek için, sağlıklı/hasta bireyin bireyselliğinin ve otonomisinin dikkate alınmasını gerektirir (Acaroğlu ve ark 2007). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı kavramı hemşireler boyutuyla uzun yıllar boyunca ele alınmasına ve literatürde yer almasına karşın, sağlıklı ya da hasta bireylerin bakış açısıyla ele alınması henüz yenidir. Bireylerin bakış açısıyla bireyselleştirme kavramı içinde bireylerin inançları, değerleri, duyguları, düşünceleri, tercihleri, deneyimleri, algıları ve anlayışları yer alır (Suhonen 2013, Ceylan 2014).

Bakımda bireyselliğin sağlanması ve sürdürülmesi, bireyi diğer insanlardan ayrıcalıklı kılan ve bireyselliğini oluşturan özelliklerinin dikkate alınması ve kendi ile ilgili kararlara katılması ile mümkündür (Acaroğlu 2012). Bireyselleştirilmiş bakım, tutarlı bir bakım ilişkisi şeklinde sunulduğunda, hastalar bireyselliklerinin anlaşılıp dikkate alındığını hissederler. Böylelikle hızlı bir iyileşme ve hemşirelik bakımından memnuniyetin artması gibi olumlu sonuçlar elde edilir (Suhonen 2005, 2011).

Bireyselleştirilmiş bakımda bireyin kendisine yönelik planlanan ve uygulanan tüm hemşirelik yaklaşımlarını bilmesi, tüm sürece dahil olması, hasta ile ilgili kararlara katılabilmesi ve sürece dair bilgilendirilmesi önemlidir (Algier 2005, Çoban 2008, Birimoğlu ve Ayaz, 2015). Bu durum hastaların hemşirelerden beklentilerini arttırmakta ve hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algısını etkilemektedir (Çevik ve Eşer 2014). Dolayısı ile bireye ait bu algı ve beklentiler bakım standartları ve kalitesinin yükselmesine de olanak sağlamaktadır (Algier 2005).

Berg ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada ise hastaların ve ortopedi hemşirelerinin bireyselleşmiş bakım uygulamalarıyla ilgili algıları değerlendirilmiştir. Çalışmada hastaların ve hemşirelerin bireyselleşmiş bakım algılarında önemli farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmış, hastaların %86'sı ve hemşirelerin %60'ı bireyselleşmiş bakım uygulamalarını önemli bulduğunu ifade etmiştir.

Algier, Abbasoğlu, Hakverdioğlu ve ark. (2005)'nin çalışmalarında hastaların bireysel algılarının bakımda odaklanması gereken temel unsur olduğu ve bu doğrultuda hemşirelik bakımının hasta bakış açısı ile ele alınabileceği vurgulanmaktadır. Ancak hastaların bireyselleştirilmiş bakıma yönelik algı ve tercihleri hakkında çok şey bilinmediği de ifade edilmektedir (Land ve Suhonen 2009). Uluslararası literatüre bakıldığında belirli alanlarda ve farklı gruplarda hemşire ve hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının incelendiği (Land ve Suhonen 2009, Pauline 2016), (Suhonen, Papastavrou, Efstathiou ve ark. 2011) saptanmıştır. Ulusal literatür incelendiğinde ise sağlıklı ve hasta bireylerin bireysel bakım algısının değerlendirildiği çalışmaların oldukça sınırlı sayıda olduğu görülmüştür (Aydın 2014, Acaroğlu, Şendir ve ark. 2007, Ceylan 2014). Bu alanda ortopedi hastaları, genel cerrahi hastaları, onkoloji hastaları gibi gruplarda çalışmalar yapılmasına karşın, Nöroşirurji ve Nöroloji Kliniklerinde yapılan bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Nöroşirurji ve Nöroloji kliniklerinde bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım algısı ve hemşirelik bakımına yönelik beklentileri neden incelemeliyim sorusuna; Nöroşirurji ve nöroloji klinikleri uzun süreli yatma, travma sonrasında omurilik hasarı ile yatağa bağımlı kalma, beyin içi ve çevresine olan kanamalar gibi nedenlerle plejik ve parazik durumda, bağımlı ve yarı bağımlı hastaların bulunduğu ünitelerdir. Bu kliniklerde yatan yarı bağımlı ve bağımlı hastalar diğer hastalara göre bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına daha fazla gereksinim duymaktadır (Çevik ve Eşer 2014). Dolayısı ile bu hasta grubunun aldığı

hemşirelik bakımına yönelik algı ve beklentilerinin bilinmesi ve hemşirelik bakımının bu doğrultuda bireyselleştirilerek hastaya özel verilmesi ve hemşirelik bakım kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Bu bağlamda bu araştırma bir üniversite hastanesinin nöroşirurji ve nöroloji kliniğinde yatan hastaların bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik algıları ve hemşirelik bakımına ilişkin beklentilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın soruları

- 1.Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ne düzeydedir?
2. Hastaların hemşirelik bakıma yönelik memnuniyet düzeyi nedir?
- 3.Hastaların verilen hemşirelik bakımına yönelik beklentileri ne düzeydedir?
4. Hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nöroşirurji Kavramı

Bu bölümde nöroşirurji kavramının tanımına, bu kavramla ilgili sık karşılaşılan hastalıklara ve nöroşirurji hastalıklarında hemşirelik bakımına yer verilecektir.

2.1.1. Nöroşirurjinin Tanımı

Nöroşirurji kelimesi yapısal açıdan ele alındığında bu kavramın “nöron” ve “şirürji” kelimelerinin bir araya gelmesi ile oluştuğu görülmektedir. Latince “nöron” sinir hücresi anlamına gelmekteyken, “şirürji” kelimesi ise yaraları iyileştiren ya da iyi eden manasını taşımaktadır. Bu bağlamda kavram anlamsal açıdan sinir sistemi cerrahisi olarak ele alınmaktadır (Gedik, 2015).

Nöroşirurji genel olarak spinal kord, beyin, santral sinir sistemi, omurga ile iskelet gibi yapılarla birlikte periferik sinirler, vertabrobaziler ile beyni besleyen karotis gibi damarsal yapıların sorunları ve hastalıklarıyla ilgilenmektedir (Kanan ve Kanan, 2011).

Bilimsel açıdan nöroşirurji, çoğunlukla beyin damar hastalıkları ile beyin kanamalarının tedavisi, beyin tümörlerinin mikroşirurjikal ve stereotaktik tedavisi, hareket bozuklukları ve parkinson tedavisi, hidrosefali ameliyatları, hipofiz cerrahisi ve travma cerrahisi gibi tedavilerle özellikle ilgilenmektedir. Bununla birlikte nöroşirurji, periferik sinir operasyonları, intrakraniyal ameliyatları ve spinal ameliyatları da kapsamaktadır. Nöroşirurji ameliyatları sırasında farklı alanlarda ihtisası olan cerrahlar bir arada olmaktadır. Bu açıdan spinal ameliyatlar sırasında ortopedistlerle, karotid arter ameliyatları sırasında damar cerrahlarının operasyonlara dahil olması örnek olarak gösterilebilir (Gedik, 2015).

2.1.2. Sık Karşılaşılan Nöroşirurjik Hastalıklar

Genel olarak cerrahi girişimi gerekli kılan nöroşirurji hastalıkları iki başlık altında ele alınmaktadır. Bu başlıklar:

- Kranial Nöroşirurji Hastalıkları: AVM, İntrakraniyal Kanamalar, Trigeminal Nevralji, Hidrosefali, Chiari Malformasyonu gibi rahatsızlıklardır.
- Spinal Nöroşirurji Hastalıkları: Servikal Disk Hernisi, Spinal Tümörler, Lomber Spondilolistezis, Servikal Spondilozis gibi rahatsızlıklardır.

Kraniyal nöroşirurji hastalıklarının genel hatlarıyla aşağıdaki gibi açıklanmaları mümkündür:

2.1.2.1. Arteriovenöz Malformasyonlar (AVM)

Bu tip konjenital malformasyonlar venöz ile arteriyal sistemler arasında, arada kapiller ağ olmadan direkt olarak bağlantılı olmasını ifade etmektedir. AVM subaraknoid kanamaya sebebiyet vererek ortaya çıkmaktadırlar. AVM'ye dayalı olarak beyin içinde kanama görülürse, fokal nörolojik semptomların ortaya çıkması söz konusu olmaktadır. AVM'lerin neredeyse %50'si cerrahi girişimlerle çıkarılmaktadır. Bunun dışında kullanılan diğer yöntemler ise şunlardır (Büyükşirin ve ark., 2011):

- Proton ışınlarıyla ışınlama süreci,
- Arteriovenöz malformasyon embolizasyonu,
- Arteriovenöz malformasyonu besleyen arterlerin bağlanması.

2.1.2.2 İntrakraniyal Kanamalar

İntrakraniyal kanamalar farklı kanama tipleri kapsamında ele alınmaktadır. Bunların içerisinde; intraserebral kanamalar, subaraknoid kanama, epidural kanamalar, subdural hematom yer almaktadır.

İntraserebral kanama, başta beyin dokusu (beyin sapı, serebrum, serebellum) içindeki kanamaları kapsayan rahatsızlık türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Hipertansiyon, ileri yaş, aşırı alkol tüketimi, tütün kullanımı, serum kolesterol düzeyleri, antikoagülan ilaç kullanımı ve evvelden geçirilen iskemik inme risk faktörleri olmaktadır (Gürol, 2010).

Subaraknoid kanama ise, beyin içinde subaraknoid mesafe kapsamında çoğunlukla arteriyel ve düşük olasılıkla ise venöz sebeplere dayalı olarak ortaya çıkan kanamalara denilmektedir. Bu tip kanamaların bazen bir neden olmadan görülebilmesi mümkün olmakla birlikte, kanama bozuklukları, vasküler malformasyonlar, travma, anevrizma, antikoagülan tedavi komplikasyonları, beyin tümörleri gibi sebeplere dayalı olarak da görülebilmektedir (Özdemir ve ark., 2011).

Epidural kanama, çoğunlukla kafa travmalarının ardından kanın, kemik ile duramater arasında toplanmasını ifade etmektedir. Göz dibinde kanama ile staz görülmekte ve tentoryal herniasyon gelişimi söz konusu olmaktadır. Subdural Hematom ise, venöz kanamalarını ifade etmektedir. Kan araknoid ile dura arasında toplanmaktadır. Subdural hematom yavaş ilerlemekle birlikte epidural kanama hızlı ilerlemektedir (Gedik, 2015).

2.1.2.3. Trigeminal Nevralji

Trigeminal nevralsi, yüz bölgesinde ortaya çıkan bir nöropatik ağrı tipidir. Bu ağrıya “tic douloureux” adı verilmektedir. Bu rahatsızlık, trigeminal sinirin bir veya birden çok dalının (mandibuler ve maksiller dallarının) innverve ettiği konularda, çoğunlukla tek taraflı, ani, kısa süreli, Őiddetli bir biçimde ortaya çıkan ağrı türüdür. Yemek yeme, yüz yıkama veya yüze dokunma gibi durumlarda ortaya çıkıp zamanla Őiddeti artabilmektedir (Baykal ve Kaplan, 2010).

2.1.2.4. Chiari malformasyonu (CM)

Chiari Malformasyonu (CM), arka fossa yapıların genel olarak foramen magnum yüzeyinden üst servikal spinal kanala doğru farklılaşan seviyelerde yer değişimiyle oluşan, art beynin ve kranyovertebralin konjenital bir anomalisini ifade etmektedir. Çoğunlukla serebrospinal aksisin farklı anormallikleriyle etkileşim içinde olmaktadır (Işık, 2013).

2.1.2.5. Hidrosefali

Hidrosefali M.. 4. yy’da Hipokrat tarafından sıvı kafa ismiyle anılmaya başlamıştır. Hidrosefali, Beyin Omurilik Sıvısının (BOS) dolaşım, üretim ve emilimi esnasında ortaya çıkan sorunlar ve intrakranial bölgede, çoğunlukla serebral alanda ya da ventrikül içinde BOS birikimine sebep olan durumu ifade etmektedir. Bazı zel hidrosefali tipi bulunmaktadır. Bunlardan biri eksternal hidrosefalidir. Eksternal hidrosefali beyni çevresinde meydana gelen sıvı birikimini ifade etmektedir. Bir diğerisi ise normal basınçlı hidrosefalidir. Bu hidrosefali tipi ise idiyopatik ya da sekonder sebeplerle ortaya çıkabilen, yürüme bozukluğu, inkontinans ile demans biçimde bulguları olan, tedavi edilebilme imkanı olan bir hastalıktır (Gedik, 2015).

Bunun dışında Spinal Nöroşirurji Hastalıklarının ise Şu Şekilde ifade edilebilmeleri mümkündür;

2.1.2.6. Servikal Disk Hernisi

Disk materyali, iki omur biçiminde dışarıda kıyasla sert bir kılıf, içindeyse jel kıvamında olan yumuşak bir dokudan meydana gelmektedir. Dışardaki kılıfın yırtılması ya da zayıflamasıyla iç kısım giderek dışa doğru kaymakta ve bunun neticesinde ise sinirlere baskı yapmaya başlamaktadır. Dış tabakada görülen yırtılma ya da zayıflama üst düzey ağrılara neden olmaktadır. İç tabakada ise dışa doğru bir yer değişikliğinin olması olarak ifade edilen servikal disk hernisi ise sinir hücrelerinin üstünde bir baskı

oluşturması sebebiyle kola ve omuza vuran ağrılara sebep olmaktadır (Kalenderer ve ark., 2013).

2.1.2.7. Spinal Tümörler

Yapısal açıdan bu tümörler, spinal tümörler intrakraniyel tümörlere benzemektedir. Çoğunlukla orta yaşlılar ve gençlerde görülmektedir. En fazla ise torasik bölgede rastlanırlar. Bu tümörler spinal kord ve duramater ile ilişkilerine göre sınıflandırılmaktadır. Bu açıdan buna göre bu tümörler intradural ve ekstradural olarak ikiye ayrılmaktadır. Bununla birlikte intradural tümörler ise intrameduller ile intradural-ekstrameduller biçiminde ayrılmaktadır. Ekstradural tümörler, vertebral kolonun kemik formu sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Ekstradural tümörlerinin %90'ı kötü tümör olmaktadır. İntradural ekstrapuduller tümörler, spinal kord ve duramater arasında bulunmaktadır. Bu bölgede en fazla görülen tümörler meningioma ve nörofibromadır. İntradural intrameduller tümörler ise, spinal kordun kendi sebebiyle ortaya çıkan tümörlerdir. Yapısal açıdan intrakraniyal tümörlerle aynı niteliklere sahiptirler. En fazla rastlanan ependimomalardır (Temiz ve ark., 2011).

2.1.2.8 Lomber Spondilolistezis (Bel Kayması)

Omurdaki bir cismin diğer omur cismi üzerinde arkaya ya da öne doğru kaymasını ifade etmektedir. Söz konusu hastalığa bağlı sinir kökleri üzerinde bir basınç bulunmaktaysa bel ağrısıyla birlikte bacakta ve uylukta uyuşukluk, ağrı ve güçsüzlük ortaya çıkabilecektir (Kalenderer ve ark., 2013).

2.1.2.9 Servikal Spondilozis (Boyun Omurlarında Dejenerasyon)

Servikal spondilozis, faset, servikal intervertebral disk, unkovertebral eklemlerin dejenerasyonu neticesinde ortaya çıkan ve farklı durumlarla kendini gösteren bir hastalığı ifade etmektedir. Servikal spinal kolon, bedenin önem arz eden duyularını kontrol eden karmaşık bir organı taşıması, söz konusu bölgeden geçmekte olan özofagus, sinir, damar benzeri yaşamsal yolları barındırması, travmaya açık olması ile her yöne hareketli olabilmesi sebebiyle dejenerasyona yatkınlığı olan bir bölgedir. Bu sebepten dolayı servikal spondiloz yalnızca belirtilere değil aynı zamanda diğer öğeler de araştırılmaktadır (Göçmez ve Karmaşak, 2013).

2.1.3. Nöroşirurji Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı

Bireylerin nitelikli bir yaşam geçirebilmeleri, psikolojik ve fizyolojik açıdan dengeli olmalarına bağlı olmaktadır. Hemşirelik bakımının amacı ise sağlık durumunun iyileşmesine ve hastalığa bağlı kaybolan dengenin yeniden kazanılmasına destek olmaktadır.

Ameliyata girecek olan bir hasta sağlık durumu ve tıbbi tanısı doğrultusunda girişim gününde ya da girişim gününden önceki gün içinde bölüme kabul edilebilmektedir. Bununla birlikte girişimden haftalarca önce de hastanın kabul edilmesi söz konusu olabilmektedir. Hastaların hemşirelik tanılması hastayla karşı karşıya gelinmesiyle birlikte başlamaktadır (Gedikli, 2015).

Ameliyattan önce hemşirelik sürecinin tanılama adımında, hastaların ameliyattan önce olağan işlevlerinin, kuvvetli ve güçsüz yanlarının incelenmesi ile ameliyat sonrasında görülebilecek komplikasyonlarla ilgili tehditlerin ve risklerin tespit edilerek önlenmesi hedeflenmektedir (Gedikli, 2015).

Nöroşirurji hemşiresinin üstlendiği rol, hastayla ilgili olarak değerlendirmeler yapmak, değerlendirme neticesinde elde ettiği bulgulara bağlı olarak, bakım sürecini düzenlemek ve geliştirmektir. Bununla birlikte nöroşirurji ameliyatlarının invaziv müdahaleler olması hastaların kaygı düzeylerinin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca hastaların cerrahi operasyonların, onların sağlıklarına ve beden bütünlüklerine zarar veren bir öge olduğuyla ilgili olarak kaygıları bulunabilmektedir. Bu açıdan hastaların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi ve hastanın ihtiyaçlarına bağlı olarak bakım hizmetlerinin sunulması hemşirelerin görevlerinin en önemli kısmını oluşturmaktadır (Kanan ve Kanan, 2011).

2.2. Nöroloji Kavramı

2.2.1. Nörolojinin Tanımı

Santral sinir sistemi ile sinir sistemi hastalıkları ve fizyolojisiyle ilgilenen tıp diline nöroloji adı verilmektedir. Nörologlar, omurilik, beyin ile çevre sinirlerin hastalıklarıyla ilgilenmektedir. Sinir sistemi yapısal olarak, bedenin kontrol edilmesi ve bedendeki hayati fonksiyonların yürütülmesinde görev alan oldukça kompleks bir yapıyı ifade etmektedir (Kanan ve Kanan, 2011). Mevcut bu yapının değerlendirilmeye alınması ve işlevlerinin anlaşılması son 100 yıllık dönem içerisinde gelişim göstermeye başlamıştır.

Özellikle elektroensefalografi yönteminin, manyetik rezonans cihazı ile bilgisayarlı beyin tomografisinin kullanılmaya başlamasıyla birlikte nöroloji bilimi gelişim kazanmıştır. Çevre sinirlerde görülen hastalıklar neticesinde sinirlerin eriştiği bölgede his ve kuvvet eksikliği görülebilmektedir. Bununla birlikte sinirsel etkiler kapsamında bu bölgelerde kanlanma fonksiyonunda da bozulma ve devamında nörolojik hastalıklar söz konusu olabilmektedir (Kurbaş, 2013).

2.2.2. Sık Karşılaşılan Nörolojik Hastalıklar

Nörolojik hastalıklar pek çok insanın hayatını olumsuz etkilemektedir. Bu bölümde en fazla rastlanılan nörolojik hastalıklardan bazılarına yer verilecektir.

2.2.2.1. Epilepsi

Epilepsi kavramı yapısal açıdan eski Yunancadan gelen bir kelimedir. Bu kelime tutulmak, kapılmak gibi anlamlara gelmektedir. Epilepsi rahatsızlığı ise beyin hücrelerindeki bozukluk sebebiyle tekrarlarla kendini gösteren bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşam boyunca sürebilen, nöbetlerin sık ya da sporadik olarak gözlenebildiği bir rahatsızlık türüdür (Uzan ve Özkara, 2012).

Epilepsi nöbet bozuklukları çocukluk döneminde oldukça sık görülmektedir. Epilepsi insidansı 75 yaşın üzerindeki bireylerle 0-10 yaş arası bireylerde oldukça sık görülmektedir (Yenici, 2014).

Epilepsi prevalansı 1000 kişide 5 ile 10 kişi arasında değişmektedir. Bununla birlikte Afrika ülkelerinde bu prevalansın ise 5,2 ile 58 olduğu ortaya konulmuştur (Yenici, 2014). Bu hastalığın insidansı ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte genel olarak yılda 100.000 kişide 20 ile 50 arasında olduğu ifade edilmektedir (Uzan ve Özkara, 2012). Bununla birlikte gelişmekte olan ülkelerdeki imkânsızlıklar sebebiyle doğum şartlarındaki yetersizlikler birlikte oluşan kafa travması, çocukluk döneminde görülen serebral enfeksiyonların fazla olması gibi sebeplere bağlı olarak epilepsi vakalarının bu bölgelerde daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ayrıca epilepsinin seyrinin nasıl olacağını belirsizliği, psikososyal ve fiziksel faktörler bu hastalığın nasıl geçirileceğini de etkilemektedir (Yenici, 2014; Uzan ve Özkara, 2012).

2.2.2.2. Multiple Skleroz

Santral sinir sistemi kapsamında myelin hasarı sebebiyle ortaya çıkan hastalıklara demyelinizan hastalıklar adı verilmektedir. Söz konusu hastalıklar içerisinde Multiple Skleroz akla gelen bu tip hastalıklardan ilkidir.

Multiple Skleroz kronik dejeneratif hastalıklar içinde yer almaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde genç yetişkin nüfusta görülen nörolojik yetersizliklerin en yaygın sebebidir. Bununla birlikte 40 yaşının altında genç erişkinlerde en fazla engelliliğe sebep olan nörolojik hastalıklar içinde yer almaktadır (Bulut, Kılıç ve Demir, 2011).

Multiple Skleroz, demyelinizasyon, beyaz cevher inflamasyonu ile glial sklerozis ile devam eden kronik enflamatuvar bir süreci açıklamaktadır. Multiple Sklerozda merkezi sinir sistemindeki beyaz maddesindeki sinir lifleri myelininde hasar ve ardından ise aksonal yıkım ortaya çıkmaktadır. Genel olarak serebrumun beyaz maddesi tutulmakla beraber, nöroaksisi ya da gri maddenin düzeyinde ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte optik sinir, serebellum, beyin sapı ile spinal kordda görülebilmektedir. Bu rahatsızlığın tanımlanmasında en dikkati çeken lezyonların uzamsal ve zamansal dağılımları olmaktadır (Gümüş, 2012).

Demyelinizasyon ortaya çıktığında başta impuls iletimi yavaşlamaktadır. Daha ciddi hallerdeyse iletim bloğu ortaya çıkmakta ve bunun neticesinde ise semptomlar görülmeye başlamaktadır. Multiple Skleroz'da demyelinize plakların yer aldıkları bölgelerle etkileşimli olarak nörolojik fonksiyon bozuklukları farklılık gösterebilmektedir. Santral sinir sisteminde birden çok bölgeyle ilgili olarak lezyonları ortaya koyan klinik semptomlara rastlanılabilmektedir (Hafizoğlu, 2010).

Multiple Skleroz hastalığı günümüz şartlarıyla bağlantılı olarak patolojik ve klinik özelliklerine göre ilk kez 1868 yılında Jean-Martin Charcot tarafından tanımlanmıştır. Söz konusu tanımda Jean-Martin Charcot, hastalığın patolojik ve klinik bulgularını ifade etmiş ve hastalığının temel tarifini yaparak hastalığın bazı tablolarını yapmıştır (Gümüş, 2012).

2.2.2.3. Guillain Barre Sendromu

Guillain Barre Sendromu, periferik sinir sisteminde akut başlangıcı olan, bağışıklık bozukluğu doğrultusunda görülen bir gevşek felç hastalığı olarak ele alınmaktadır. İlk olarak boğaz ağrısı, ishal gibi enfeksiyonlardan 2 ile 3 gün sonrasında yürüme güçlüğü ve güçsüzlük gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Güçsüzlük hali başta çoğunlukla kendini bacaklarda göstermekte ve birkaç gün içinde yukarı doğru ilerlemektedir. Küçük çocuklarda yalnızca basmayı istememe veya basamama gibi görülebilecektir. Kendini ifade edebilen çocuklarda ayaklarda ağrı ya da uyuşmak olabilmektedir. Bu semptomlara yüz felci ya da gözlerde kayma da eklenebilmektedir (Gazioğlu ve ark., 2013).

Guillain Barre Sendromunda ilerleme süreci 1 ile 4 hafta arasında devam etmektedir. Bu durumu birkaç haftalık duraklama dönemi izlemektedir. Bundan sonra ise iyileşme dönemi başlamaktadır. Süreç genel pozitif olmakta ve hastaların %80'inde düzelme beklenmektedir. Fakat bazı hastalarda güçsüzlüğün kalması mümkün olmaktadır. Hastalığı ağır olan bireylerde ve de hastaneye başvuru sürecinde solunum sıkıntısı ile ileri derece güçsüzlüğü olan hastalarda ölüm ortaya çıkabilmektedir (Nazlıel, 2006).

Guillain Barre Sendromu, aşılama sürecinin yaygınlaşması ile görülmeyen hastalık haline gelen Poliomyelit (çocuk felci) ve farklı omurilikle ilgili hastalıklarla karıştırılabilmektedir. Fakat idrar ile dışkı kaçırma veya yapamama hali ile duyu kusurunun belli bir düzeyin altında bulunması halinin bir omurilik hastalığını akla getirmesi önemlidir. Bu bakımdan en kısa zamanda MRG veya omurilik tomografisinin çekilmesi önemlidir. Guillain Barre Sendromu teşhisinde lomber ponksiyon de önemli olmaktadır.

Tedavi sürecinde hastanın izlem altında kalması gerekmektedir. Bunun nedeni ise güçsüzlüğün ilerleyerek solunumda görev yapan kasları tutabilme olasılığıdır. Bundan dolayı erken evrelerdeki hastaların hastaneye yatırılması gerekmektedir. Bununla birlikte hastanın başında solunuma destek veren cihazların yer alması gerekmektedir. Hastalığın görülmeye başladığı birinci hafta içinde verilen İntravenöz immünglobülin (IVIg) hastalığın süresini kısaltmakla birlikte, arıza kalabilme oranına etki etmemektedir (Özdamar, 2010).

Guillain Barre Sendromunda destekleyici bakım oldukça önemlidir. Bu süreç içinde yatak yaralarına ve hareketsizlik sebebiyle ortaya çıkabilecek idrar yolun enfeksiyonlarına dikkat edilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte bacak ve kolların rehabilitasyonu için en uygun pozisyonun bulunması ve oluşabilecek akciğer enfeksiyonları ile böbrek taşlarının önlenmesi de gerekmektedir (Mungan ve ark., 2014).

2.2.2.4. Wilson Hastalığı

Wilson hastalığı bakır metabolizmasının bozukluğu sonucunda ortaya çıkan otozomal çekinik geçişli olan bir hastalık tipidir. Bu hastalığa sahip kişilerdeki metabolizma bozukluğu 13. Kromozomun uzun kolundaki adenzin trifosfataz 7B (ATP7B) geninin mutasyona uğraması ile ortaya çıkmaktadır (Bayram ve ark., 2016). Söz konusu mutasyon doğrutusunda bakırın safra yoluna atılmasında görev yapan proteinlerin

üretilememesinin neticesinde, beyin ve karaciğer öncelikli olmak üzere ve diğer organlarda bakır hasara neden olmaktadır. Görülme ihtimali ise 30.000’de 1 kişi olarak ifade edilmektedir. Wilson hastalığının klinik bulguları organlara göre farklılık gösterebilmekle beraber, çoğunlukla santral sinir sistemi ile karaciğerde kendini göstermektedir. Çoğunlukla karaciğer tutulumu sebebiyle klinik bulgulara rastlanmaktadır (El-Karaksy ve ark., 2011). Beyin tutulumu olması durumunda görülen bulguların neredeyse hepsi motor sistemle ilgili olmaktadır. Bu açıdan tipik hareket bozukluklarını kapsamaktadır. Bu motor hareket bozuklukları içerisinde; ataksi, distoni, motor kontrol kaybı ve tremor kaybı yer almaktadır. Distoni kapsamında yürüme bozukluğu, maske benzeri yüz, psödobuller tutulum ve rijidite gözlemlenmektedir (Patil ve ark., 2013). Korneanın “descement” zarında bakır birikmesine bağlı olarak kornea çevresinde gözle görülür yeşil veya kahverengi renk değişikliği görülmektedir. Bu renk değişikliğine “Kayser-Fleischer (KF) halkası” adı verilmektedir. ATP7B geninde mutasyonlara ve göz muayenesinde KF halkasına rastlanması tanı açısından oldukça önemlidir. Serum serüloplazmin düşüklüğü ile birlikte 24 saatlik idrar bakır ile karaciğer doku bakır ve serum serbest bakırında artış gibi bulgular tanı açısından önemli olmaktadır (Nicastro ve ark., 2010). Tedavi sürecinde ise, D-penisilamin, çinko, amonyum tetratiyomolibdat ve trietilentetramin kullanılmaktadır (El-Karaksy ve ark., 2011).

2.2.2.5. Parkinson Hastalığı

Parkinson hastalığı nörodejeneratif bir hastalık olmakla beraber, bu hastalığın insidansı günümüzde giderek artış göstermektedir (Bülbül ve Akbostancı, 2017). Bu hastalığın tanımlanması açısından postural instabilite ve 4-6 Hz frekansında istirahat tremoru ve kas rijiditesi semptomlarından en az bir tanesinin gözlemlenmesi gerekmektedir (Taşkın, 2013). Parkinson hastalığı genel olarak üç evrede ele alınmaktadır. Bunlar klinikten önceki evre, prodromal evre ile motor evredir. Klinikten önceki evre sürecinde hastada fizyopatolojik ilerleme olmakta ve bu bakımdan hastada herhangi bir semptom açığa çıkmamaktadır. Prodromal evreye geçildiğinde ise, non-motor ve erken motor semptomlar görülebilmektedir. . Motor evre sürecinde ise, motor bulguların açığa çıkması sebebiyle hastalığın varlığı net bir şekilde tanımlanabilmektedir. Parkinson hastalığında prodromal evre nörodejenerasyona bağlı semptomların erken görülebildiği bir evre olmasına rağmen, hastalık tanımının tam kesin olarak yapılamadığı bir evreyi ifade etmektedir (Bülbül ve Akbostancı, 2017).

Prodromal evre açısından Movement Disorder Society (MDS- Hareket Bozukluğu Topluluğu) tarafından tespit edilmiş olan kriterler şunlardır (Fereshtehnejad ve ark., 2017):

1. Olfaktör Disfonksiyon: University of Pennsylvania Smell Identification Test (UPSIT) skorunun yaşıt ve cinsiyet grubuna göre 20 persentilin altında bulunulması
2. Konstipasyon: Unified Multiple System Atrophy Rating Scale (UMSARS) skorunun $\geq 2^{15}$ olması hali
3. Somnolans: Epworth Sleepines (ESS) sokurunun ≥ 10 'dan olması durumu
4. Eretil disfonksiyon: UMARS skorunun $\geq 3^{15}$ olması.
5. Ortostatik Hipotansiyon: pozitif bulgularla birlikteyken kan basıncının ≥ 10 mmHg'ye düşmesi veya sistolik kan basıncının ≥ 20 mmHg görülmesi
6. Üriner disfonksiyon: UMARS skorunun ≥ 2 olması
7. Depresyon: Beck Depression Inventory skorunun ≥ 14 olması
8. Motor etkilenme: İki kriteri bulunmaktadır. Bunlar;
 - Kantitatif motor testi: Anormal alternate tap test $\leq 173^{16}$ = anormal ve Purdue Pegboard score < 10 = anormal.
 - UPDRS skorunun ≥ 3 olması (aksiyon tremoru dışında)

Prodromal evre sonrasında hastalık evresine geçiş hızı kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Bununla birlikte bu geçişin kesin bir süresi bulunmamaktadır. Fakat prodromal Parkinson Hastalığının, Parkinson hastalığı tanısı konulmasından 10 yıl önceye dayandığı varsayılmaktadır. Buna göre Parkinson hastalığının prevalansının 55 yaş için ortalama olarak %0,5 olduğu, 65 yaş için %1,5 ve 75 yaş için ise %3,5 olduğu ifade edilebilmektedir. Bununla birlikte insidansın 65 yaş için ortalama olarak 100.000'inde 50, 75 yaş için 150 ve 85 yaş için ise 450 olduğu düşünülmektedir (Berg ve ark., 2015).

2.2.2.6. Alzheimer Hastalığı

Alzheimer hastalığı, beyin hücrelerinin bazılarının ölümüyle birlikte anılan ve sebebi tam olarak bilinmeyen genetiğe dayalı nörodejeneratif bir hastalık türü olarak karşımıza çıkmaktadır (Özbay ve ark., 2011). Bu hastalık kişinin günlük faaliyetlerini sınırlayabilecek düzeyde geriye dönüşü olmayan, ilerleyen ve kronik kötüleşme ile davranışsal ve bilişsel faaliyetlerin bozulmasına neden olabilmektedir. Söz konusu

bozulma sürecinde davranışsal değişiklikler ile nöropsikiyatrik semptomalar görülmeye başlamaktadır.

Alzheimer hastalığı, sahip olduğu bazı özelliklerden dolayı yaşlanmayla birlikte beyinde ortaya çıkan değişiklikleri taklit edebilmesine rağmen, yaşlanma sürecinin olağan bir sonucu değildir. Beyinde sinir lifleri yumakları ile senil plaklar adı verilen anormal proteinlerin birikmesiyle bağlantılı olarak hücre zararı ve hücre ölümü durumu ortaya çıkmaktadır. Sinir hücrelerinin ölümü de beyin sinyallerinin iletimini destekleyen nörotransmitter maddelerin seviyesinde azalmaya sebebiyet vermektedir. Alzheimer hastalığı süreç içerisinde beynin değişik bölgelerindeki ilişkinin azalması ile birlikte gelişim göstermektedir. Bunun sonucunda, kişinin beyin fonksiyonunda bazı deformasyonlar ortaya çıkmaktadır (Selekler, 2010). Bu deformasyonlar; hastanın nörolojik fizyolojik semptomlarında hızlı bir artış, konuşma bozukluğu, insanları tanıma zorluğu ve erken açığa çıkan hafıza kaybında hızlı bir ilerleme şeklinde kendini göstermektedir (Soylu ve Karalı, 2017).

Demans tipleri içinde Alzheimer en fazla rastlanan tür olarak görülmektedir. Demans hastalarının %50 ile %70'inde Alzheimer hastalığı görülmektedir. Bu hastalığın cinsiyet, sosyo ekonomik düzey, sosyal sınıf gibi faktörler ile ilişkisi söz konusu değildir. Neokortikal atrofi, birden fazla bilişsel işlev kaybı, granülovakular dejenerasyon, hücre içi mekik biçiminde nörofibriler yapıların oluşması, nöron ve sinaps kaybı, hücre dışı senil plaklar, Meynertin bazal nükleusunda kolinerjik hücre kaybı gibi durumların ortaya çıkmasına bağlı olarak ilerleyen ve beyin hasarına neden olan bir hastalıktır (Selekler, 2010). Alzheimer hastalığının temelinde, pek çok gende mutasyon eksiklikleri ile söz konusu öğelere bağlı olarak presenilin 1 ile 2'de, amiloid öncü proteini geninde, apolipoprotein E (ApoE), düşük dansiteli lipoprotein reseptörüne bağlı proteinde mutasyona bağlı gen değişiklikleri bulunmaktadır (Ostrowitzki ve ark., 2012).

2.2.3. Nörolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı

Nörolojik hastalıklarda hemşirelik bakımı önemlidir. Nöroloji hastalarının ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve özellikle rehabilitasyon ihtiyaçlarının karşılanmasında hemşirelik bakımı önem kazanmaktadır (Akdemir ve Akkuş, 2006). Hemşirelerin üstlenmiş oldukları bakım verici ve eğitici rolleri hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından oldukça önemlidir (Akyar, 2011).

Nörolojik hastalık tanısı alan hastaların genellikle aktivite, konuşma, yutma, solunum ve bilişsel bozukluk gibi sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir. Bu nedenle akut

veya kronik bir Nörolojik hastalığı olan bireylerin fiziksel, psiko-sosyal ve spiritüel sorunlarına bağlı gereksinimleri vardır.Nöroloji hastaları uzun dönem bakım gereksinimi olan kompleks hasta grubunu oluşturur.Ayrıca bu hastalar, hastalıkların komplikasyonlarına yada süreçlerine bağlı kalıcı yetersizlikler yaşayabilmektedir.Bu nedenle Nöroloji hemşireliği, tıbbi bakımı yalnızca yaralanmaları tedavi etmeye değil aynı zamanda olası uzun dönem yetersizlikler (disabilite) tahmin edebilme ve buna uygun bakımı sunmayıda içermektedir(Dönmez ve ark.2018).

2.3. Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı

2.3.1. Bakım Kavramı

Hemşirelik mesleği temelde destek olmak ve yardım etmek üzerine kuruludur. Hemşirelerin söz konusu bu amaçlarına ulaşabilmesinin yegane yolu bakımdır. Bakım, hemşirelik eğitiminde ön planda tutulmaktadır. Fakat bakım kavramı hemşirelik eğitiminin kökeninde bulunmasına rağmen, literatürde kendini 1990'lı yıllarla birlikte gösterebilmeye başlamıştır (Çulha, 2018).

Bakım kavramı Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde; bakma faaliyeti, bir ögenin durumun iyi kalabilmesi için efor sergilenmesi, bir şeyin pozitif yönde gelişmesi, bir kimsenin giyinme, beslenme gibi ihtiyaçlarını gidermeyi üstlenmesi olarak ifade edilmiştir (TDK, 2018).

2.3.2. Hemşirelik Bakımının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Hemşirelik bakımı kavramı farklı boyutlarda ele alınan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu açıdan literatürde bu kavramla ilgili tanımların birbirlerinden farklı olduğu göze çarpmaktadır (Dinç, 2010).

Hemşirelik mesleğinin öncüsü olarak ifade edilen Florence Nightingale hemşireliğin temel unsurun bakım olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte Nightingale, bakımın hemşire ile hasta arasında oluşan etkileşime bağlı olduğu üzerinde durmuştur (Çulha, 2018).

İnsanlığın var olduğu günden günümüze kadar ortaya çıkan hastalıklar, savaşlar, sosyal değişimler hemşirelik bakımına olan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır. Ortaya çıkan her değişimle birlikte hemşirelik de değişim göstermiştir. Bu açıdan ortaya çıkan değişimler kapsamında hemşirelik bakımının da değişimini ele almak doğru olacaktır (Acaroğlu ve Şendir, 2012).

Hemşirelik mesleğinin ortaya çıkışı ve gelişimi çok eski zamanlara kadar uzanmaktadır. Eski çağlarda bakım süreçleri belli kişilere verilmiştir. Bundan dolayı eski dönemlerde erkeklerin fiziksel açıdan kadınlara kıyasla daha güçlü olmaları erkekleri dışarda çalışmaya, kadınları ise yaralılara ve hastalara bakıma yönlendirmiştir. Bu nedenle tarihsel süreç içerisinde hemşirelik mesleği de genel olarak kadınlarla ilişkilendirilmiştir (Özdemir, 2015).

Tek tanrılı dinlerin ön plana çıkmasıyla birlikte hasta bakımı da bu süreçlerden etkilenmiştir. Museviler izolasyon, lohusalık, damardan kan alma gibi konuların kullanılmaya başlamasında etkili olmuşlardır. Hristiyanlıkla birlikte sağlık bakım hizmetleri örgütsel bir yapı haline dönüşmeye başlamıştır. Müslümanlıkta da hastalar ve savaş yaralılarının bakımının üstlenilmesi için ilk kadın topluluğu kurulmuştur(Kaleli, 2018).

Ortaçağ döneminde Avrupa’da hemşirelik hizmetleri Katolik kilisesinin üzerinden yürütülmüştür. Hemşirelik bu dönemde idealizmin etkisi altına girmiş ve 1920’li yıllara kadar bu görüş üzerinden hizmet vermeyi sürdürmüştür. İdealizmde dini değerler ve inançlar üzerine dayalı bir bakım hizmeti geçerli olmuştur (Kaleli, 2018). Hemşirelerin bakımı yaparak öğreneceklerine inanılmış ve hemşirelik eğitiminde usta-çırak ilişkisine odaklanılmıştır. Bununla birlikte ortaçağda hemşirelik bakımını etkileyen unsurlardan biri Rönesans ve Reform hareketleri olmuştur. Bu hareketler ile birlikte hastalar ve hemşirelik bakımı giderek kilisenin tekelinden çıkmaya başlamıştır. Ancak bu durum tıbbi alanda gerilemenin yaşanmasına da neden olmuştur. Eğitimsiz kişilerin tıbbi alanda görev yapmaya başlaması gibi bir süreç ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte sağlık ve bakım hizmetlerinin ücretli yapılması söz konusu olmuştur. Ayrıca tıbbi alanda hizmet verecek kişilerin de bulunamaması hasta bakımının kalitesi oldukça geriletmıştır. Bu durum dönemin “Karanlık dönem olarak” anılmasına neden olmuştur (Özdemir, 2015).

Yeniçağla birlikte ortaya çıkan endüstri devrimi, kadın hakları hareketleri, yeni düşünce sistemleri gibi gelişimlerle birlikte hemşirelik bakımında önemli gelişmeler yaşanmıştır. Kırım Savaşı’ndaki Florence Nightingale’in çabaları hemşirelik mesleğinin ve hemşirelik bakımının önemini açığa çıkarmıştır. Bu dönemde ortaya çıkan gelişmeler ile pek çok kadın hemşirelik mesleğine yönelmiştir. Yapısal açıdan bu dönemde hemşirelik bakımı yerine hasta odaklı yaklaşımın benimsendiği görülmüştür (Özdemir, 2015; Alpargu ve Çelik, 2016).

Dünya Savaşları hemşirelik bakımına olan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır. Özellikle 2. Dünya Savaşı'yla birlikte hemşirelikte akut acil bakım ihtiyacı kendini göstermiştir. Bu süreç içerisinde hemşireler bakımla ilgili olarak daha iyi eğitim almış ve bunun sonucunda ise daha çok sorumluluk üstlenmişlerdir (Çulha, 2018). Bu sürecin ardından hemşirelik hızlı gelişim gösteren bir meslek halini almıştır.

2.3.3. Bireyselleştirilmiş Bakım

Bireyselleştirilmiş bakım kavramı özellikle 1960'lı yıllardan itibaren üzerinde durulmaya başlayan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. (Acaroğlu ve Şendir, 2012).

Bireyselleştirilmiş bakımla ilgili olarak herkes tarafından kabul gören bir ortak tanım bulunmamasıyla birlikte, bireyselleştirilmiş bakım kavramı yerine “bireye özgü”, “kişiyeye özel” ve “hasta merkezli” bakım kavramlarının da kullanıldığına rastlanmaktadır. İfade edilen bu kavramların hepsi, kişilerin duyguları, ihtiyaçları, davranışları, algıları ve tercihlerini ön planda tutarak bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesini ortaya koymaktadır.(Acaroğlu ve ark. 2007)

Kişinin değerleri, fikirleri, inançları, duyguları, tercihleri ve deneyimlerine göre hemşirelik bakım süreçlerinin düzenlenmesi bireyselleştirilmiş bakım olarak ifade edilmektedir (Can ve Acaroğlu, 2013). Bireyselleştirilmiş bakım, hasta kişilerin kişisel niteliklerini, isteklerini ön planda tutan ve karar süreçlerinde hastanın katılımını sağlayan hemşirelik bakım türü olarak da ifade edilmektedir (Acaroğlu ve Şendir, 2012). Bu kararlar boyutunda hastanın beden bütünlüğü, hasta haklarının korunması, ahlaki değerler, etik kurallar ve hastanın onuru da yer almaktadır (Acaroğlu ve ark, 2010). Bireyselleştirilmiş bakım kapsamında hasta ve hemşire etkileşiminde ortaya çıkan ve gerçekleşen bakımla ilgili farklı süreçler yer almaktadır (Suhonen ve ark., 2009).

Hemşirelik bakımının bireyselleştirilmiş bakım olabilmesi için hastaların bu süreci anlamaları ve farkında olmaları da gerekmektedir (Ward ve ark., 2000). Bireyselleşmiş bakımın özünü oluşturan temel değerler kişinin benzersiz olduğu ve kişisel ihtiyaçlarını karşılaması için hemşirelik bakımına gereksinim duymasındır (Suhonen ve ark., 2009). Bu bağlamda bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları, aynı hastalığı ya da benzer tanısı olan bireylere farklı biçimlerde hizmet sunmaya olanak sağlar. Böylelikle hastaların kişisel özellikleri, hayat tecrübeleri, bakım ihtiyaçları, hastalığa yönelik tutum ve davranışları bakımın belirleyicisi haline gelir (Acaroğlu ve ark., 2010). Bireyselleştirilmiş bakım anlayışını benimseyen hemşireler, hastaların

bireysel açıdan eşsiz kişiler olduklarının bilincindedir. Hastanın davranışlarını, tecrübelerini, algılarını ve fikirlerini ön planda tutarak, bakım sürecini kişiyle birlikte yerine getirir. Bu etkileşim sayesinde hemşireler hastayı daha iyi tanıyıp, anlayarak akut biçimde ortaya çıkabilecek sorunları kolayca fark edebilir (Ceylan ve Eser, 2016).

Günümüzde bireyselleştirilmiş bakımın önemi hastalar, hemşireler, aileler ve sağlık yöneticileri tarafından anlaşılmıştır (Suhonen ve ark. 2009). Bireyselleştirilmiş bakım kavramı, yaşam kalitesi, hasta memnuniyeti ve hasta otonomisi gibi pozitif hemşirelik bakımı kavramları ile birlikte ele alınmaktadır. Bireyselleştirilmiş bakım ile hastalarda ortaya çıkan pozitif sonuçlar hemşirelerde de iş doyumunu ve motivasyonun artmasına da katkı sağlamaktadır (Schmidt, 2003).

2.3.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı

2.3.4.1. Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı

Hastaların bireyselleştirilmiş bakım kavramıyla ilgili algıları genel olarak, aile üyelerinin bilgilendirilmesi, net açıklamalar yapılması, hasta bireyin konforunun sağlanması, aile fertlerinin sorunlarının yeterli bir şekilde cevaplandırılması, olabildiğince hastanın bağımsızlığına destek verilmesi ve aileye hastanın rahatının nasıl sağlanacağı eğitiminin verilmesi gibi unsurlarla şekillenmektedir (Altıok ve ark., 2011).

Charalambous ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin bireyselleşmiş bakım uygulamaları ve mesleki çalışma şartlarına yönelik algıları incelenmiştir. Çalışmada hemşirelerin iş koşullarında yaşamış oldukları sorunlar ve çatışmaların, denetim mekanizmalarının, iş motivasyonlarının, kültürel duyarlılığın, otonomi ve liderliğin bireyselleşmiş bakım algılarına etki ettiği görülmüştür.

Suhonen ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu uluslararası bir çalışmada da hemşire ve hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları incelenmiş, hemşirelerin çalışma koşulları, değer ve düşüncelerinin farklı olması nedeni ile bireyselleşmiş bakım algılarının da farklılaştığı sonucuna varılmıştır.

Idvall ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hemşirelerin mesleki ve kişisel özellikleriyle bireysel bakımı nasıl ele aldıkları incelenmiş ve hemşirelerin sahip oldukları kişisel özelliklerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerinde oldukça etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

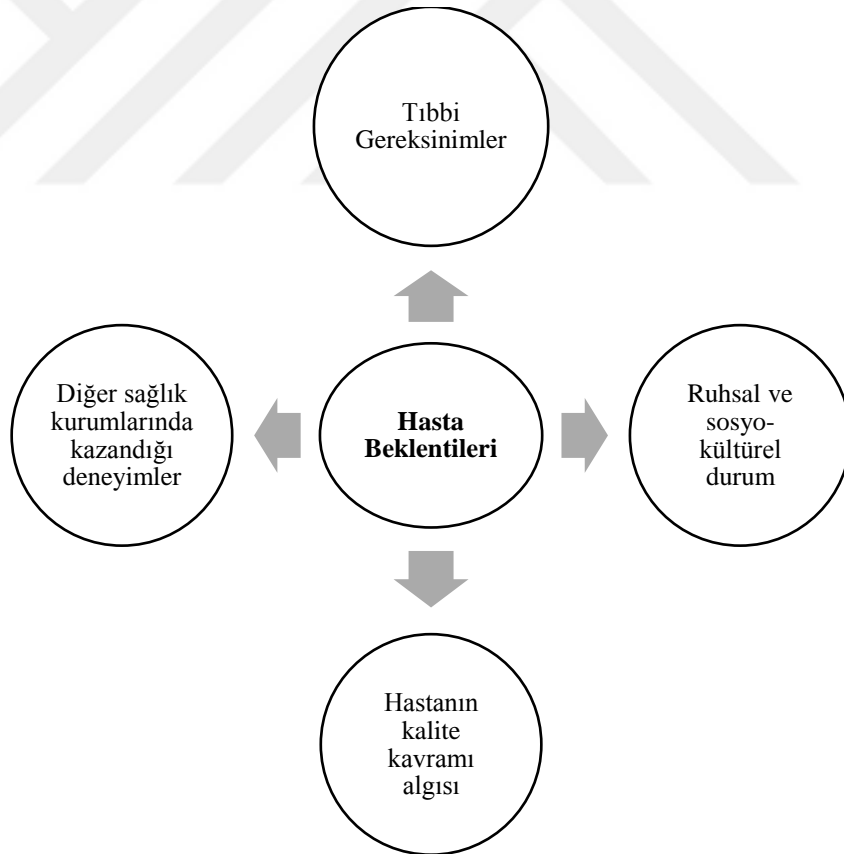
Can (2013) tarafından yapılan bir çalışmada da, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile mesleki değerleri arasındaki ilişki değerlendirilmiş, bireyselleştirilmiş

bakım algıları ve mesleki değer algılarının yüksek olduğu, mesleki değer algıları yükseldikçe, hastaların kişisel özelliklerine daha çok önem verdikleri belirlenmiştir.

2.3.4.2. Hastaların Hemşirelik Bakım Algısına Yönelik Beklentileri

Günümüzde hastaların kendi bakım süreçlerine katılabilme ve sürece dair bilgilendirilme gibi beklentileri bulunmaktadır. Bu beklentileri kapsamında memnuniyetinin sağlanabilmesi beklenti ve isteklerinin karşılanabilmesine bağlıdır. Hastaların hemşirelik ve diğer bakım süreçleriyle ilgili beklentilerini, hastaların yaşı, cinsiyeti, sosyal güvence durumu, eğitim düzeyi, tanısı, yatış süreci, geçmiş tecrübeleri, yerleşim yeri gibi faktörler etkilemektedir.(Aldemir ve ark. 2018)

Hemşirelik bakımı hizmetlerinden hastanın beklentilerini etkileyen dört temel nokta bulunmaktadır. Bunlar; tıbbi gereksinimler, diğer sağlık kurumlarında kazanılan deneyimler, ruhsal ve sosyo-kültürel durum ve hastanın kalite kavramı algısıdır (Şekil 2.1).



Şekil 2.1: Hemşirelik Bakımı Hizmetlerinden Hastanın Beklentilerini Etkileyen Faktörler (Şendir ve ark., 2012)

Şekil içinde yer alan tıbbi gereksinimler boyutu, hastanın teşhis ve tedavi süreçlerinde gereksinim duyulan ilaç, araç-gereçler ile tıbbi cihazları ifade etmektedir. (Şendir ve ark., 2012). Hastalar geçmişte tedavi gördükleri sağlık kurumları ile şuanda tedavi gördükleri sağlık kurumunu kıyaslayarak bir değerlendirmede bulunmaktadır. Geçmişte memnun kalmış oldukları bir hizmeti hastalar yeni hizmet aldıkları sağlık kurumunda da görmek istemektedir. Bununla birlikte geçmişte sağlık kurumlarında maruz kaldıkları olumsuz bir olayı tekrar yaşamak istememektedir. Hastaların hemşirelik bakımıyla ilgili algılarının ve beklentilerinin öğrenilmesi memnuniyetin sağlanması açısından oldukça önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel araştırma türündedir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Araştırmanın Örneklemine 01 Şubat - 31 Temmuz 2017 tarihleri arasında çalışma kriterlerine uygun 172 hasta oluşturmuştur.

Çalışmaya bir üniversite hastanesinin Nöroşirurji ve Nöroloji kliniğinde yatan hastalar oluşturmuş örnekleme ise belirlenen servislerde yatan, en az 3 gün yatış süresi olan araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üstü, bilinci yerinde, okuma-yazma bilen, görme ve işitme engeli olmayan ve tanılanmış bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan 172 hasta dahil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Tanıtıcı Özellikler Formu (EK 1) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS-B) (EK 2) kullanılarak toplanmıştır.

3.3.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu form araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup, formda hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim düzeyi, mesleği, gelir durumu, sosyal güvencesi, yattığı klinik ve yatış süresi, bağımlılık, refakatçi ve kronik hastalık durumu, verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi ve bakıma yönelik beklentilerin yer aldığı 19 soru bulunmaktadır.

3.3.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası / BBS-B (Individualized Care Scale Nurse)

Hastanın bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin bakış açısını değerlendirmek üzere 2000 yılında Suhonen, Valimaki, Katajisto (2011) tarafından geliştirilen bir ölçektir

2005 yılında Suhonen ve ark. tarafından madde sayısı azaltılmıştır (Suhonen, Valimaki, Leino-Kilpi 2005). Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası 2007 yılında Acaroğlu ve arkadaşları tarafında Türkçeye uyarlanmıştır (Acaroğlu ve ark 2010). Türkçe skalanın Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası hasta versiyonu için 0.93 bu çalışma için Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.94'dür. Uygulama süresi yaklaşık 15 dakika olan bir ölçektir.

BBS hastanın, hastanede kaldığı sürece, bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması(BBS-A) ve hastanın kendi bakımında bireyselliğini algılmasını (BBS-B) değerlendiren iki bölümlü bir skaladır.

Bu çalışmada BBSB-Hasta versiyonu kullanılmıştır.

BBS-B-Hasta; *linik durum* (hasta bireylerin hastalığa yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığın kendisi için anlamını içeren konularda bireyselliğini desteklenmesine yönelik bakım davranışları), *kişisel yaşam durumu* (hasta bireylerin inanç ve değerlerini yansıtan, alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri, aile bağlarının yanı sıra işi ve hastane deneyimi gibi konularda bireyselliğinin desteklenmesine yönelik davranışları) ve bakım üzerinde *karar verme kontrolü* (hasta bireylerin duyguları, düşünceleri, isteklerini yansıtan ve kendi bakımında söz sahibi olmasına ve bakımı ile ilgili kararlara katılımına olanak sağlanması gibi konularda bireyin bireyselliğinin desteklenmesine yönelik bakım davranışları) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. BBS-B-Hasta versiyonunun her bir bölümünden ve alt boyutlarından alınabilecek madde puan ortalamaları en az 1, en fazla 5'dir.(Kaplan,2015)

BBS beşli likert tipte düzenlenmiş bir ölçüm aracı olup, değerlendirmede 1=kesinlikle katılmıyorum, 2=kısmen katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=kısmen katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum şeklinde puanlama yapılmaktadır (Acaroğlu ve ark 2010; Acaroğlu, Şendir 2012).

3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verileri toplanmadan önce araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin ve etik kurul onayı alındı.

Veri toplama aşamasında, örneklem seçim kriterlerine uygun olan hastalara araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi, süresi, kendilerinden ne beklenildiği ve gizlilik hakları konusunda bilgi verildi. Formlar araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalara taburcu olmadan önce uygulandı. Veri toplama formları hastaların kendileri ve araştırmacı ile birlikte kendi ortamlarında doldurulmuştur. Formun doldurulması işlemi yaklaşık olarak 30-45 dakika sürmüştür.

3.5.Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (EK4), Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi yönetiminden yazılı izin (EK5) ve araştırmaya katılan hastalara bilgilendirilmiş onam formları(EK3) imzalatıldı.

Örnekleme oluşturacak hastalara araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi, süresi, kendilerinden ne beklenildiği, isteklilik ve gönüllülük ilkesine ilişkin bilgiler verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, araştırmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, istedikleri zaman çekilebilecekleri konusunda bilgi verilerek “otonomi” ilkesine saygı gösterildi, sözlü onayları alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan, bireysellik ve insan onuruna saygı ilkesi doğrultusunda kimlik bilgisi alınmadı ve verdikleri diğer bilgilerin gizli tutulacağı belirtildi. Kendilerinden alınan bilgilerin, araştırmanın dışında farklı amaçlarla kullanılmayacağı ve başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek, “sadakat ve gizlilik” ilkelerine bağlı kalındı. Veriler, hastaların bakım ya da taburculuk eğitimleri saatinin dışında , herhangi bir uygulamada aksamaya neden olmayacak zaman dilimlerinde toplanarak “zarar vermeme-yarar sağlama” ilkelerine özen gösterildi.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 for Windows programına yüklenerek değerlendirilmiştir. Parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde; Kolmogorov-Smirnov, bağımsız iki grup karşılaştırılırken iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılırken Varyans Analizi, Tukey Testi, parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinde; bağımsız iki grup karşılaştırıldığında Mann-Whitney U Testi, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırıldığında Kruskal Wallis testi, sayımla elde edilmiş veriler karşılaştırıldığında Khi-kare testi ve değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi kullanılmış ve yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Sivas İl sınırı içinde bulunan bir üniversite hastanesinde yapılması, Araştırmanın Nöroşirurji ve Nöroloji kliniklerinde yapılması, Araştırmada yalnızca çalışma kapsamında yer alan hastaların tanıtıcı özellikleri ve görüşlerinin dikkate alınması, Araştırma sonuçlarının, bütün hastalara genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

3.8.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.8.1.Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Bireyselleştirilmiş bakım algı puanı ve hastaların hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet düzeyidir.

3.8.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler, yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, yaşadığı yer, gelir durumu, sağlık güvencesi, yattığı klinik, hastanede yatış süresi, hastanın bağımlılık durumu, hastanın refakatçi durumu, daha önceki hastane deneyimi, kronik hastalık durumu, yattığı odanın durumudur.



4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde anket çalışması kapsamında elde edilen bulgular değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Ve Sağlıkla İlgili Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:172)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş (yıl)		
18-35	42	24.4
36-53	72	41.9
54 +	58	33.7
Cinsiyet		
Kadın	83	48.3
Erkek	89	51.7
Medeni durum		
Evli	140	81.4
Bekar	32	18.6
Eğitim durumu		
Okur-yazar	29	16,9
İlköğretim	77	44,8
Lise	44	25,6
Üniversite	22	12,8
Meslek		
Çalışmıyor	63	36.6
İşçi	33	19.2
Memur	15	8.7
Emekli	32	18.6
Diğer	29	16.9
En fazla yaşanılan yer		
Köy	48	27.9
İlçe	28	16.3
İl	80	46.5
Büyükşehir	16	9.3
Gelir durumu		
Gelirim giderimden az	62	36.0
Gelirim giderime eşit	89	51.7
Gelirim giderimden çok	21	12.2
Sağlık Güvencesi		
Var	162	94.2
Yok	10	5.8
Yattığı Klinik		
Nöroşirurji servisi	86	50.0
Nöroloji servisi	86	50.0
Hastanede yatış süresi		

3-6	65	37.8
7-10	53	30.8
10+	54	31.4
Yatağa bağımlılık durumu		
Bağımsız	91	52.9
Yarı bağımlı	53	30.8
Bağımlı	28	16.3
Refakatçi durumu		
Var	151	87.8
Yok	21	12.2
Daha önce hastanede yatma durumu		
Evet	142	82.6
Hayır	30	17.4
Kronik hastalık durumu		
Var	69	40.1
Yok	103	59.9
Yatılan odanın durumu		
Özel oda	31	18.0
İki kişilik oda	28	16.3
Dört kişilik oda	113	65.7
Hemşirelik bakımından memnuniyet durumu*		
1-4 puan	4	2.4
5 puan	11	6.4
6-10 puan	157	91.3
Hemşirelik bakımından beklentiler		
Hizmet verene ilişkin beklentiler**	41	23.7
Fiziki ortama ilişkin beklentiler***	5	3.0
Beklenti yok	126	73.3
Toplam	172	100

*1=en az; 10 en çok

**= Hastalarla daha ilgili olunması, güler yüzlü olması, anlayışlı olması, hastalara verilen bakımla ilgili yeterli bilgi verilmesi.

***= çarşafların günlük değiştirilmesi, refakatçiyeye çarşaf verilmesi, fiziki ortamın hijyeninin sağlanması, odalarda buzdolabı bulunması.

Tablo 4.1’de katılımcıların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, katılımcıların %41.9’u 36-53 yaş aralığında, %51.7’si erkek, %81.4’ü evli, %44.8’i ilköğretim mezunu, %36.6’sı çalışmamakta, %46,5’i ilde yaşamakta, %51.7’sinin geliri giderine eşit, %94.2’sinin sağlık güvencesi vardır. Katılımcıların yarısı Nöroşirurji servisinde ve diğer yarısı Nöroloji servisinde yatmaktadır. Katılımcıların %37.8’i 3-6 gündür hastanede yatmakta olup, %52.9’u yatağa bağımlı değildir. Katılımcıların %87.8’inin refakatçisi vardır. Katılımcıların %82.6’sı daha önce hastanede yatmıştır, %59.9’unun kronik hastalığı yoktur. Katılımcıların %65.7’si dört kişilik odada kalmaktadır.

Hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet durumu incelendiğinde, katılımcıların %6.4'ünün orta düzeyde (5 puan), %91.3'ünün orta düzeyin üstünde (5 puanın üzerinde) bakımdan memnun olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların hemşirelik bakımından beklentilerine bakıldığında, %73.3'ünün varolan hemşirelik bakımının dışında farklı bir beklentisinin olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.2: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=172)

	Min – Max	X± SD	Kolmogorov-Smirnov Z	
			Z	P
BBS-B Toplam Ortalaması	23 – 85	73.70±12.87	2.49	0.000
Klinik Durum Alt Boyut Puan Ortalaması	11 – 35	30.24±5.66	2.62	0.000
Kişisel Yaşam Durumu Alt Boyutu Puan Ortalaması	5 – 20	16.95±3.60	2.87	0.000
Karar Verme Kontrolü Alt Boyutu Puan Ortalaması	6 – 30	26.50±4.66	2.97	0.000

Tablo 4.2'de katılımcıların BBS-B toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Katılımcıların BBS-B toplam puan ortalaması 73.70±12.87 olup, ölçek alt boyutları olan Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu, Karar Verme Kontrolü puan ortalamaları ise sırası ile 30.24±5.66, 16.95±3.60ve 26.50±4.66'dir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B toplam ve alt boyutları puan ortalamaları Kolmogorov-Smirnov testi incelendiğinde BBS-B Toplam boyutu ve alt boyut puan ortalamalarının normal dağılım koşullarını sağlamadığı tespit edilmiştir (p<0,05). Bu durumda değişkenler arasındaki karşılaştırmada non parametrik testler olan Mann Whithney U ve Kruskall Wallis H testleri kullanılmıştır.

Tablo 4.3: Demografik Özelliklere Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B**Puan Ortalamalarının Dağılımı**

		Klinik Durum X±SD	Kişisel Yaşam Durumu X±SD	Karar Verme Kontrolü X±SD	BBS-B Toplam X±SD
Yaş	18-35 yaş	30.19±5.44	16.92±3.30	26.35±5.01	73.47±12.42
	36-53 yaş	29.93±6.21	16.63±4.00	26.08±5.10	72.65±14.32
	54 ve üzeri	30.55±5.19	17.35±3.32	27.08±2.82	80.00±4.24
	X²	0.21	0.92	0.91	0.60
	P	0.89	0.63	0.63	0.74
Medeni Durum	Evli	30.09±5.84	16.92±3.63	26.37±4.76	73.38±13.22
	Bekar	30.90±4.82	17.12±3.50	27.06±4.22	75.09±11.29
	Z	0.06	0.09	0.73	0.38
	P	0.94	0.92	0.46	0.70
Eğitim Durumu	Okuryazar	29.79±5.71	16.82±3.62	26.06±4.81	72.68±12.35
	İlköğretim	31.41±5.27	17.79±3.34	27.23±4.51	76.44±12.48
	Lise	29.15±5.89	15.86±3.73	25.70±4.77	70.72±13.26
	Üniversite	28.90±5.99	16.40±3.71	26.09±4.72	71.40±12.95
	X²	8.43	11.91	5.75	9.52
	P	0.03	0.00	0.12	0.02
Meslek Durumu	Çalışmıyor	30.22±6.60	16.73±4.34	26.12±5.37	73.07±15.22
	İşçi	29.81±4.92	16.51±3.07	26.42±3.11	72.75±10.24
	Memur	29.80±6.58	17.46±3.39	26.40±6.41	73.66±15.57
	Emekli	30.50±5.28	17.34±3.08	26.96±4.01	74.81±11.52
	Diğer	30.72±4.25	17.27±3.08	26.93±4.35	74.93±10.26
	X²	1.79	2.04	2.37	1.83
	P	0.77	0.72	0.66	0.76
Yaşamın Geçirildiği Yer	Köy	31.54±5.63	18.08±3.37	27.43±4.58	77.06±12.68
	İlçe	29.50±5.50	16.96±3.12	25.92±4.25	72.39±11.89
	İl	29.85±5.55	16.42±3.66	26.01±4.97	72.28±13.01
	Büyükşehir	29.63±6.44	16.25±4.21	27.12±3.81	73.00±13.65
	X²	5.96	9.42	4.91	7.86
	P	0.11	0.02	0.07	0.04
Gelir Durumu	Gelir giderden az	31.22±5.00	17.33±3.40	26.56±4.92	75.12±12.43
	Gelir gidere eşit	29.60±6.15	16.66±3.81	26.42±4.73	72.70±13.51
	Gelir giderden çok	30.04±5.12	17.09±3.25	26.57±3.70	73.71±11.41
	X²	3.57	1.04	0.40	1.95
	P	0.16	0.59	0.81	0.37

Tablo 4.3’de katılımcıların yaş, medeni durum, mesleki durum ve gelir durumuna göre BBS-B puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim durumu ve yaşamın geçirildiği

yer parametreleri dışında Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu, Karar Verme Kontrolü ve BBS-B toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Eğitim durumuna göre BBS-B incelendiğinde, eğitim durumuna göre Karar Verme Kontrolü algısının farklılık göstermediği ($p>0,05$), bununla beraber Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve BBS-B Toplam algılarının eğitim durumuna göre farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Benforoni tekniğinden faydalanılmıştır. Test sonuçlarına göre klinik durum, kişisel yaşam durumu ve BBS-B Toplam algılarında ilköğretim mezunu bireylerin algıları diğerlerine göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Yaşamın en çok geçirildiği yere göre BBS-B incelendiğinde, yaşamın en çok geçirilen yere göre Klinik Durum ve Karar Verme Kontrolü algılarının farklılık göstermediği ($p>0,05$), bununla beraber Kişisel Yaşam Durumu ve BBS-B Toplam algılarının yaşanılan yere göre farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Benforoni tekniğinden faydalanılmıştır. Test sonuçlarına göre Kişisel Yaşam Durumu ve BBS-B Toplam algılarında köyde yaşayanların algıları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.4: Sağlıkla İlgili Tanıtıcı Bilgilere Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Klinik Durum X±SD	Kişisel Yaşam Durumu X±SD	Karar Verme Kontrolü X±SD	BBS-B Toplam X±SD
Sağlık Güvencesi	Var	30.17±5.74	16.93±3.65	26.60±4.65	73.71±13.02
	Yok	31.40±4.03	17.30±2.62	24.80±4.87	73.50±10.71
	Z	0.38	0.30	1.72	0.56
	P	0.69	0.75	0.08	0.57
Yatılan Klinik	Nöroşirurji Servisi	30.79±5.63	17.09±3.69	26.67±5.06	74.55±13.36
	Nöroloji Servisi	29.63±5.67	16.80±3.53	26.30±4.28	72.74±12.40
	Z	1.63	0.75	1.39	1.37
	P	0.10	0.45	0.16	0.17
Hastanede Yatış Süresi	3-6	29.50±6.72	16.70±4.00	26.12±5.32	72.33±15.12
	7-10	30.11±5.08	17.05±3.22	26.50±4.44	73.67±11.74
	10 günün üzeri	31.25±4.65	17.16±3.48	26.94±4.03	75.37±10.85
	X²	1.69	0.17	0.50	1.24
	P	0.42	0.91	0.77	0.53
Hastanın Bağımlılık Durumu	Bağımsız	30.06±5.71	16.90±3.49	26.54±4.60	73.51±12.68
	Yarı bağımlı	29.52±6.30	16.64±3.76	26.18±4.87	72.35±14.10
	Bağımlı	32.17±3.53	17.75±3.64	26.92±4.60	76.85±10.74
	X²	3.29	2.92	1.35	2.63
	P	0.19	0.23	0.50	0.26
Hastanın Refakatçi Durumu	Var	30.11±5.72	16.98±3.61	26.44±4.74	73.54±13.07
	Yok	31.14±5.20	16.76±3.60	26.90±4.14	74.80±11.49
	Z	0.84	0.26	0.46	0.44
	P	0.40	0.79	0.63	0.65
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	Evet	30.42±5.65	16.90±3.69	26.57±4.50	73.90±12.85
	Hayır	29.36±5.72	17.23±3.19	26.16±5.43	72.76±13.11
	Z	1.32	0.19	0.11	0.59
	P	0.18	0.84	0.91	0.55
Kronik Hastalık Durumu	Evet	31.10±5.08	17.44±3.38	26.82±4.25	75.37±11.77
	Hayır	29.66±5.97	16.63±3.72	26.28±4.93	72.58±13.49
	Z	1.63	1.48	0.77	1.44
	P	0.10	0.13	0.43	0.14
Yatılan Oda Durumu	Özel oda	29.93±6.18	15.77±4.43	26.22±5.38	71.93±14.52
	İki kişilik oda	30.82±4.72	17.25±3.18	26.75±2.91	74.82±9.76
	Dört kişilik oda	30.18±5.76	17.21±3.41	26.51±4.83	73.91±13.12
	X²	0.25	2.71	0.73	0.70
	P	0.88	0.25	0.69	0.70

Tablo 4.4’de katılımcıların sağlık güvencesi, yattığı klinik, hastanede yatış süresi, hastanın bağımlılık durumu, refakatçı durumu, daha önce hastanede yatma durumu, kronik hastalık durumu ve yattığı odanın durumuna göre BBS-B puan ortalamaları incelendiğinde, bu değişkenlere Bağlı Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu, Karar Verme Kontrolü ve BBS-B toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).



5.TARTIŞMA

Bu araştırma Nöroşirurji ve Nöroloji Servisinde yatan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısı ve hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Bireyselleştirilmiş bakım, hastanın tüm boyutları ile değerlendirilebilmesi ve gereksinim duyduğu bakım hizmetlerini alabilmesi adına önemlidir. Bireyselleştirilmiş bakım, hastanın bireysel ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması ile planlanan ve uygulanan bakım sürecini kapsar. Bu nedenle bireyselleştirilmiş bakımın sağlanmasında hastanın bireyselliğinin ön planda tutulması gerekir (Acaroğlu ve Şendir 2012).

Bu bağlamda çalışmamızda yer alan hastaların bireysel bakım algısı (Tablo 4.2) ve hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet düzeyinin (Tablo 4.2) yüksek olduğu, ayrıca katılımcıların büyük bir oranının var olan hemşirelik bakımının dışında farklı bir beklentisinin olmadığı (Tablo 4.1) saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda hemşirelerin verdiği bakımın, hastaların beklentileri doğrultusunda olduğu öngörülebilir. Çalışmamızla paralel olarak ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakım ve memnuniyet algılarının araştırıldığı iki çalışmada da hastaların genel olarak memnuniyet düzeyleri ve bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Land ve Suhonen 2009; Tekin 2011). Aktaş ve ark. (2012) ile Arslan (2015)'in çalışmalarında ise bireyselleştirilmiş bakım algısı hasta ve hemşireler boyutuyla incelenmiş ve hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gürdoğan ve arkadaşlarının (2015) bir üniversite hastanesinde iç hastalıkları ve genel cerrahi servisinde yatan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının normalin üzerinde olduğu ve buna bağlı olarak da hemşirelik bakımından duydukları memnuniyetin de yüksek olduğu saptanmıştır. Özdemir (2015)'in hemşirelerin empatik eğilim ve empatik beceriler ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında da, hemşirelerin hastalık özelliklerini dikkate alarak bakım verdikleri ifade edilmiştir. Tüm bu araştırma bulguları doğrultusunda bireyselleştirilmiş hasta bakımının hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetini etkileyen temel parametre olduğu söylenebilir. Nitekim Suhonen ve ark. (2005) da çalışmalarında hemşirelik bakımının bireyselleştirilmiş bakım algısı ile doğrudan ilişkili olduğunu ve hemşirelik bakımının niteliğindeki artışın hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediğini bildirmiştir.

Palese ve arkadaşlarının (2011) altı farklı ülkenin genel cerrahi servislerindeki hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin bakım davranışlarının, hastaların hastane sürecindeki memnuniyetlerini etkilediği ve bireye özel verilen bakımın hasta memnuniyetini doğrudan yükselttiği saptanmıştır. Çoban ve Kaşıkçı'nın (2008), hastanede yatan hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını ve memnuniyet durumlarını belirlemek amacıyla bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları ve genel cerrahi servisinde yaptıkları çalışma; hemşirelik hizmetlerini algılama düzeyleri geniş ölçüde hastanın sosyal durumuna, yaşına, eğitim düzeyine bağlı olsa da, hemşirelerden aldıkları destek, hemşirelerin onlara gösterdiği saygı, ilgili ve nazik davranışları, sorularına açık ve net yanıt vermeleri, hastaların ihtiyaç halinde hemşireye kısa sürede ulaşabilmesi; hastaların bakım algılarını ve memnuniyetini arttırdığını göstermiştir.

Çalışmamızda Nöroşirurji ve Nöroloji servislerinde yatan hastaların eğitim durumuna göre Klinik Durum ve Kişisel Yaşam Durumu alt boyutları ve BBS-B Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup ($p<0,05$), ilköğretim mezunu bireylerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulgumuzla benzer şekilde Resnick ve ark. (2008) ile Fındık ve ark. (2010)'nın çalışmalarında da eğitim durumu düşükçe, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır. Tüm bu bulgular doğrultusunda hastaların eğitim düzeyinin düşmesi ile birlikte bakım hizmetinden beklentilerinin de azaldığı, verilen bakımı daha yeterli ve kendine özgü bulduğu söylenebilir.

Araştırmamızda yaşamın en çok geçirildiği yere göre Kişisel Yaşam Durumu Alt Boyutu ve BBS-B toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup ($p<0,05$), köyde yaşayan katılımcıların bireyselleştirilmiş bakım algısının diğerlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguya yönelik varılan sonucun eğitim düzeyi ile benzerlik gösterdiği, daha kırsal alanda yaşamının sağlık bakım hizmetinden beklentileri azalttığı, dolayısı ile verilen bakımın daha yeterli ve bireyselleştirilmiş olduğuna olan inancı arttırdığı düşünülebilir.

Bu bulgular doğrultusunda toplum hemşirelik mesleğinin çağdaş rol ve sorumluluklarını, eğitimini ve sosyal yönlerini halen yeteri kadar tanımadığı ve hemşirelerin görevlerinin sadece hastadan kan almak, tansiyon ölçmek, vb olduğunu (Çelik ve ark.2013,Özpancar ve ark.2008) düşündüğü sonucuna varılabilir.

Çalışmamızda 54 yaş üzeri, emekli, geliri giderinden az olan (Tablo 4.3), aynı zamanda nöroşirürji kliniğinde yatan, yatış süresi 10 günün üzerinde olan, başkasına bağımlı, refakatçisi olmayan, daha önce hastanede yatmış olan, kronik hastalığı bulunan ve hali hazırda iki kişilik odada yatan (Tablo 4.4) hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısı puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($p>0.05$), diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızdan elde ettiğimiz tüm bu bulgular doğrultusunda artan bakım ihtiyacı ile birlikte bireylerin hemşireler ile daha çok vakit geçirdikleri, daha çok etkileşim içinde oldukları ve bu anlamda kendilerine verilen bakım hizmetini daha çok önemsedikleri, daha yeterli ve daha bireye özgü buldukları söylenebilir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada nöroşirurji ve nöroloji hastalarında bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım algısı ve hemşirelik bakımına ilişkin beklentileri incelenmiştir.

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, katılımcıların %41.9'u 36-53 yaş aralığında, %51.7'si erkek, %81.4'ü evli, %44.8'i ilköğretim mezunu, %36.6'sı çalışmamakta, %46.5'i ilde yaşamakta, %51.7'sinin geliri giderine eşit, %94.2'sinin sağlık güvencesi vardır. Katılımcıların yarısı Nöroşirurji servisinde ve diğer yarısı Nöroloji servisinde yatmaktadır. Katılımcıların %37.8'i 3-6 gündür hastanede yatmakta olup, %52.9'u yatağa bağımlı değildir. Katılımcıların %87.8'inin refaketchisi vardır. Katılımcıların %82.6'sı daha önce hastanede yatmıştır, %59.9'unun kronik hastalığı yoktur. Katılımcıların %65.7'si dört kişilik odada kalmaktadır.

Hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet durumu incelendiğinde, katılımcıların %6.4'ünün orta düzeyde (5 puan), %91.3'ünün orta düzeyin üstünde (5 puanın üzerinde) bakımdan memnun olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların hemşirelik bakımından beklentilerine bakıldığında, %73.3'ünün varolan hemşirelik bakımının dışında farklı bir beklentisinin olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların BBS-B toplam puan ortalaması 73.70 ± 12.87 olup, ölçek alt boyutları olan Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu, Karar Verme Kontrolü puan ortalamaları ise sırası ile 30.24 ± 5.66 , 16.95 ± 3.60 ve 26.50 ± 4.66 'dir.

Katılımcıların yaş, medeni durum, mesleki durum ve gelir durumuna göre Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim durumu ve yaşamın geçirildiği yer parametreleri dışında Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu, Karar Verme Kontrolü ve BBS-B toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$)

Eğitim durumuna göre BBS-B incelendiğinde, eğitim durumuna göre karar verme kontrolü algısının farklılık göstermediği ($p > 0,05$), bununla beraber klinik durum, kişisel yaşam durumu ve BBS-B Toplam algılarının eğitim durumuna göre farklılaştığı tespit edilmiştir Test sonuçlarına göre klinik durum, kişisel yaşam durumu ve BBS-B Toplam algılarında ilköğretim mezunu bireylerin algıları diğerlerine göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Yaşamın en çok geçirildiği yere göre BBS-B incelendiğinde, yaşamın en çok geçirilen yere göre klinik durum ve karar verme kontrolü algılarının farklılık göstermediği ($p>0,05$), bununla beraber kişisel yaşam durumu ve BBS-B Toplam algılarının yaşanılan yere göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Test sonuçlarına göre kişisel yaşam durumu ve BBS-B toplam algılarında köyde yaşayanların algıları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların sağlık güvencesi, yattığı klinik, hastanede yatış süresi, hastanın bağımlılık durumu, refakatçi durumu, daha önce hastanede yatma durumu, kronik hastalık durumu ve yattığı odanın durumuna göre BBS-B puan ortalamaları incelendiğinde, bu değişkenlere bağlı klinik durum, kişisel yaşam durumu, karar verme kontrolü ve BBS-B toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırma bulgularına göre geliştirilen öneriler aşağıdadır:

- Hastaların bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında hastaların yaşam alışkanlıklarının ve aktivitelerinin dikkate alınması,
- Hastaların tercihleri ve hastane deneyimleri ile ilgili yaşam durumu özelliklerinin dikkate alınması,
- Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarında etkili olabilecek ekonomik ve çevresel özelliklerinde de dikkate alınması ve bu yönde çalışmaların detaylandırılması,
- Bireyselleştirilmiş bakım algısının başka hasta ve hemşire gruplarda yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Acaroğlu, R. (2010). *Bireyselleştirilmiş Bakım*, 1.Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Kongre Kitabı, İzmir, 21-23.
2. Acaroğlu, R. ve şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 10- 16.
3. Acaroğlu, R., şendir, M., Kaya, H. ve Sosyal, E. (2007). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 61-67
4. Akdemir, N., ve Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi, 13(1), 82-91.
5. Aktaş, A., Acaroğlu, R., şendir, M., Atar, N.Y. ve Eskimez, Z. (2012). Hastaların ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının Değerlendirilmesi. 2. Temel Hemşirelik Bakımı Kongre Kitabı, İstanbul, 27-29 Eylül 2012; 79.
6. Akyar, D. İ. (2011). Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi, 18(2), 79-88.
7. Aldemir,K.,Gürkan,A.,Yılmaz, T.F., Karabey, G.,(2018).Cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin incelenmesi.Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi,5(3),155-163
8. Algier, L., Abbasoglu, A., Hakverdioğlu, G., Okdem, F. S., Göcer, S. (2005). Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 40-46.
9. Alpargu, M., Çelik, H. (2016). The Place of Women History in the Current History Textbooks in Turkey. *International Online Journal of Educational Sciences*, 8(2):131-144.
10. Altıok, H. Ö., şengün F. ve Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4 (3),137-140.
11. Arslan, B. K. (2015). Patients' Perception Of Individualized Care And Satisfaction With Nursing Care Levels İn Turkey, *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 369.

12. Aydın, Z. (2014). Ameliyat sonrası dönemde hastaların hemşirelik bakımını değerlendirmeleri. Atatürk Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
13. Baykal, M., Kaplan M. (2010). Trigeminal Nevraljide Oral Karbamazepin ile Birlikte %2 Lidokain ile Uygulanan Maksiler ve Mandibuler Sinir Bloklarının Etkileri, *Düzce Tıp Dergisi* 2010, 12(3): 19-23
14. Baykara, ZG. (2010). Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
15. Bayram, KA., Gümüş, H., Arslan, D., Kaya Özçora, G., Kumandaş, S., Karacabey, N., ... Per, H. Çocuklarda Wilson hastalığının nörolojik özellikleri ve yönetimi: 12 olgunun değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 51(1), 15-21.
16. Berg, A., Idvall, E., Katajisto, J. ve Suhonen, R.(2012). A comparison between orthopaedic nurses' and patients' perception of individualised care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 16, 136-146.
17. Birimoğlu, C., Ayaz, S. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarını algılamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2(3), 40-48.
18. Bulut, S., Kılıç, H., Demir, C. F. (2011). Yukarı Fırat Bölgesinde Multipl Skleroz Tanısı ile İzlenen Hastaların Klinik ve Demografik Özellikleri, *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 84-90.
19. Bülbül, NG., Akbostancı, C. (2017). Parkinson Hastalığı ve Prodromal Semptomlar, *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 2017;20(1-2):28-32
20. Büyüksirin, M., Kararmaz, E., Güldaval, F., Gümüş, B., Yaşar, E. (2011). Pulmoner Arteriyovenoz Malformasyon: İki Olgu Nedeni İle. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 25(1), 57-62.
21. Can, Ş., Acaroğlu, R. (2013). Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 32-40.
22. Can, Ş. (2013). Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

23. Ceylan, B. (2014). Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakım, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(3), 9-67.
24. Ceylan, B., Eser, İ. (2016). Assessment of individualized nursing care in hospitalized patients in a university hospital in Turkey. *Journal of Nursing Management*, 24, 954–961.
25. Charalambous, A. Katajisto, J. , Valimaki, M., Leino-Kilpi, H. ve Suhonen, R. (2010). Individualised care and the professional practice environment: Nurses' perceptions. *International Nursing Review*, 57, 500-507.
26. Çelik Sis A.,Pasinlioğlu .,Kocabeyoğlu T., Çetin S.(2013),Hemşirelik Mesleğinin Toplumdaki İmajının Belirlenmesi,F.N.Hemşirelik dergisi,cilt 21-sayı 3:147-153,Erzurum
27. Çevik, K., Eşer, İ. (2014). Dependency Levels of Inpatients Effect of Nursing Care Quality's Perception in Neurosurgery Clinic. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2), 76-83.
28. Çoban, İ.G. (2006). Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
29. Çoban, İ.G. ve Kaşıkçı, M.(2008). Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **16(63)**, 165-171.
30. Çulha, Y. (2018). Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Değerleri, Duygusal Zeka Düzeyleri ve Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
31. Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 74–82.
32. Dönmez Arıkan A.,Kapucu S.(2018),Öğrenci Gözüyle Nöroloji Hastasına Bakım Vermek:Nitel Bir Çalışma,ACU Sağlık Bilimleri Dergisi,8;9(2):124-129,Ankara
33. El-Karaksy H, Fahmy M, El-Raziky MS, et al. A clinical study of Wilson's disease: the experience of a single Egyptian Paediatric Hepatology Unit. *Arab J Gastroenterol* 2011; 12: 125-30
34. Findik, UY., Unsar, S., Sut, N. (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing Health Science*,12:2, 162-169.

35. Gazioglu, S., Tomak, T., Boz, C. (2013). Guillain Barre Sendromunda Klinik Özellikler ve Prognoz. *Journal of Neurological Sciences*, 30(1).
36. Gedik, A. (2015). Nöroşirurji Hastalarında Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
37. Göçmez, C., Kamaşak, K. (2013). Önemli bir tetraparezi nedeni: Servikal spondilotik miyelopati. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 40(3).
38. Gümüş, K. (2012). Multiple skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesine etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
39. Gürol, M.E. (2010) Akut Serebral Kanama Tanı ve Tedavisi, *Klinik Gelişim Dergisi*, 23(1): 19-20.
40. Gürdoğan, E.P., Fındık, Ü.Y. ve Arslan, B.K. (2015). Patients' perception of individualized care and satisfaction with nursing care levels in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 369-375.
41. Hafizoğlu, E. (2010). Nöropatik sıçanlarda serum asimetric dimetilarginin düzeyleri. Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.
42. Idvall, E., Berg, A., Katajisto, J., Acaroğlu, R., Antunes Da Luz, M., Efstathiou G., et al. (2012). Nurses' sociodemographic background and assessments of individualized care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 284–293.
43. Işık, N. (2013) Chiari Malformasyonları ve Siringomiyeli. *Türk Nöroşirurji Dergisi*, 23(2), 185-194.
44. Kaleli, E. (2018). Haçlı Seferlerinde Kadınlar. International Academic Research Congress, 1049- 1048.
45. Kalenderer, Ö., Okatan, Ö., Özel, A. ve Turan, D. (2013) T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği Hemşirelik Rehberi
46. Kanan, N., Kanan, N. (2011). Nöroşirürji Ameliyathane Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3), 179-186.
47. Kaplan Bal C.(2015),Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
48. Kırbaş, D. (2013). Nöroloji Tarihinden. *Türk Nöroloji Dergisi*, 19(1), 8-10.

49. Land, L., Suhonen, R. (2009). Orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualized care. *International nursing review*, 56(1), 131-137.
50. Mungan, S., Eruyar, E., Güzel, I., Bilen, S., Ak, F. (2014). Guillain-Barre sendromunda prognostik faktörler/Prognostic factors in Guillain-Barre syndrome, *Dicle Tip Dergisi*, 41(4), 667.
51. Nazlıel, B. (2006). Guillain-Barre Sendromu, *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2(22), 105-110.
52. Nicastro, E., Ranucci, G., Vajro, P., Vegnente, A., Iorio R. (2010). Re-evaluation of the diagnostic criteria for Wilson disease in children with mild liver disease. *Hepatology*, 52: 1948-1956
53. Ostrowitzki, S., Deptula, D., Thurffjell, L., Barkhof, F., Bohrmann, B., Brooks, D. J., Loetscher, H. (2012). Mechanism of amyloid removal in patients with Alzheimer disease treated with gantenerumab. *Archives of neurology*, 69(2), 198-207.
54. Özdamar, SE. (2010). Guillain-Barré Sendromu, *Türkiye Klinikleri Neurology-Special Topics*, 3(2), 58-62.
55. Özdemir, GN. (2015). Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
56. Özdemir, M., Bozkurt, M., Kahiloğulları, G., Uğur, H.Ç. ve Egemen, N. (2011) Subaraknoid Kanama ve Komplikasyonlarının Tedavisi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(1): 52-54
57. Özkay, Ü. D., Öztürk, Y. ve Can, Ö. (2011). Yaşlanan Dünyanın Hastalığı: Alzheimer Hastalığı. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1), 35-42.
58. Özpancar N., Aydın N., Akansel N., (2008), Hemşirelik 1. Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği ile İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3), Bursa
59. Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Eftathiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balough, Z. ve Papastavrou, E. (2011). Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviours: a descriptive and correlational study in six European countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 341-350.

60. Patil, M., Sheth KA., Krishnamurthy, AC, ve Devarbhavi, HA. (2013) Review And Current Perspective On Wilson Disease, *J Clin Exp Hepatol* 2013; 3: 321-36
61. Resnick, H. E., Heineman, J., Stone, R. Ve Shorr, R. I. (2008). Diabetes in US nursing homes, 2004. *Diabetes care*, 31(2), 287-288.
62. Schmidt, LA. (2003). Patients' Perceptions Of Nursing Care in The Hospital Setting, *Journal of Advanced Nursing*, 44 (4), 393–399.
63. Selekler, K. (2010). Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı, *Türk Geriatri Dergisi*, 13(3), 9- 14.
64. Soylu, Ö., ve Karalı, N. (2017). Alzheimer Hastalığı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Journal of Literature Pharmacy Sciences*, 6(2), 94-109.
65. Suhonen, R. Land, L., (2009). Orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualized care. *International nursing review*, 56(1), 131-137.
66. Suhonen, R., Leino-Kilpi H., Välimäki M. (2005). Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11, 7- 20.
67. Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Lemonidou, C., Kalafati, M., da Luz, M.D., et al. (2011). Nurses' perceptions of individualised care: An international comparison, *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1895–1907.
68. Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Lemonidou, C., Kalfati, M., da Luz, M. D. A., Idvall, E., Berg, A., Acaroğlu, R., Şendir, M., Kanan, N., Sousa, V.D., Katajisto, J., Valimaki, M., Leino-Kilpi, H. (2011). Nurses' perception of individualized care: An international comparison, *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1895-1907.
69. Suhonen, R., Schmidt, L. A. ve Radwin, L. (2007). Measuring individualized nursing care: Assessment of reliability and validity of three scales, *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 77–85.
70. Suhonen, R., Välimäki, M., ve Leino-Kilpi, H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 283-292
71. Taşkın, D., Yılmaz, N. H., Hanoğlu, L., Özer, F. F., Başkan, Ö., Yıldız, Ö., Demirci, S. ve Polat, B.(2013). Akciğer Kanseri Metastazına Bağlı Gelişen Bir

Holmes Tremoru: Olgu Sunumu. Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi,16(1-2):9-12

72. TDK, 2018, <http://sozluk.gov.tr/>
73. Tekin F.,(2011).Ortopedik Cerrahi Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama Ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi,trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,hemşirelik Anabilimdalı,yükseklisans Tezi,Edirne
74. Temiz, Ç., Kural, C., Kırık, A., Pusat, S., Seçer, Hİ., Gönül, E. ve ark.(2011). Spinal Tümörler ve Cerrahi Tedavi Sonuçları: Retrospektif Çalışma, *Fırat Tıp Dergisi*,16: 179-85.
75. Uzan, M., ve Özkara, Ç. (2012). Epilepsi Cerrahisinde İnvazif Monitörizasyon. *Epilepsi*, 18, 60-62.
76. Yenici. A. (2014). Kronik Nörolojik Hastalık Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde Görülen Depresyon ve Anksiyete, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

EKLER

Ek-1. Tanıtıcı Özellikler Formu

1-Yaş

18-35 arası 36-53 arası 54 ve üzeri

2-Cinsiyet

Kadın Erkek

3-Medeni durum

Evli Bekar

4-Eğitim durumu

Okuryazar İlköğretim Lise Üniversite

5-Mesleğiniz

Çalışmıyor işçi memur emekli diğer(.....)

6-Yaşantınızın en fazla bölümünü geçirdiğiniz yer

Köy İlçe İl Büyükşehir

7-Gelir durumunuz

Gelirim giderimden az Gelirim giderime eşit Gelirim giderimden çok

8-Sağlık Güvenceniz

Var Yok

9-Yattığınız klinik

Nöroşirurji servisi Nöroloji servisi

10-Hastane de yatış süreniz

3-6 7-10 10 günün üzeri

11-Hastanın bağımlılık durumu

bağımsız yarı bağımlı bağımlı

12-Hastanın refakatçi durumu

var yok

13-Daha önce hastaneye yattınız mı?

evet hayır

14-Kronik hastalığınız var mı?

evet hayır

17-Yattığınız odanın durumu

özel oda iki kişilik oda dört kişilik oda

18- Size verilen hemşirelik bakımından memnuniyet durumunuzu derecelendirecek olursanız 1 ile 10 arasında kaç puan verirsiniz (1:en az; 10: en fazla):.....

19- Şu anda size verilen hemşirelik bakımını göz önüne alarak daha nelerin olmasını beklersiniz? (Cevabınızı sayfanın arkasına yazabilirsiniz)

Ek-2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B

Aşağıdaki ifadeler halen yatmakta olduğunuz hastanedeki deneyimlerinize ilgilidir. Lütfen fikrinizi veya deneyiminizi en iyi karşılayan ifadeyi daire içine alınız.

Katılmıyorum

Kısmen katılmıyorum

Kararsızım

Kısmen katılıyorum

Tamamen katılıyorum

B1	Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B2	Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B3	Kendi bakımında elimden geldiği kadar sorumluluk aldım	1	2	3	4	5
B4	Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B5	Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B6	Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B7	Bakımım sırasında, hastalığının kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B8	Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar	1	2	3	4	5
B9	Bakımım sırasında, önceki hastanede yatma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B10	Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular (örneğin; kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
B11	Ailem, istediğim zaman bakımında yer aldılar	1	2	3	4	5
B12	Hastanede bana verilen bilgilere uydum	1	2	3	4	5
B13	Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım	1	2	3	4	5
B14	Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar	1	2	3	4	5
B15	Bakımım ile ilgili kararlara katıldım	1	2	3	4	5
B16	Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
B17	Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim	1	2	3	4	5

Ek-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu



C.Ü.GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı *Nöroşirurji ve Nöroloji Hastalarının Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı Algısı ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentileri* dir

Bu araştırmanın amacı, bir üniversite hastanesinin nöroşirurji ve nöroloji kliniğinde yatan hastaların bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik algıları ve hemşirelik bakımına ilişkin beklentilerinin belirlenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının sağlanması ve sürdürülmesi, bireyi diğer insanlardan ayıran inançları, değerleri, duyguları, düşünceleri, tercihleri ve deneyimlerinin dikkate alınması ve kendi ile ilgili kararlara katılması ile mümkündür. Bu araştırmada sizden Kişisel Bilgi Formu ve Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeği olmak üzere iki formu doldurmanızı bekliyoruz. Kişisel Bilgi Formu'nda size yaşıınız, eğitim durumunuz, sağlık güvenceniz, hastanede kalış süreniz, gereksinimlerinizi karşılamada kendinize yetebilme düzeyiniz, refakatçi ve kronik hastalık durumunuz, verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyiniz ve bakıma yönelik beklentilerinize yönelik 19 soru yöneltilecektir. İkinci formda ise bireyselleştirilmiş bakım algınızı değerlendirmeye yönelik 17 soru yer almaktadır. Formların uygulama süresinin ortalama 30 dakika süreceği öngörülmektedir. Araştırmanın veri toplama süreci 6 aylık bir zaman diliminde gerçekleştirilecektir

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen soru formunu eksiksiz doldurmanız, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermeniz ve formları zamanında araştırmacıya ulaştırmanızdır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar vardır. Bu çalışma sizlerin verilen hemşirelik bakımı ile ilgili farkındalıklarınızı arttıracak ve hemşirelik bakımında sizlere ait bireysel gereksinimlerin dikkate alınması yönünde bilimsel bir katkı sağlayacaktır. Ayrıca bu araştırmaya katılımınızla daha sonra yapılacak olan bilimsel araştırmalar için bilgi elde edilmesine ve hasta bakımının gelişimine katkı sağlamış olacaksınız.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için **05412581265** numaralı telefondan araştırmacı **Arzu KESKİN**'e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.



Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek-4. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Karar Formu

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Nöroşirurji ve Nöroloji Hastalarının Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı Algısı ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentileri
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017-01/25	Tarih: 20.01.2017		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Gülay Yıldırım

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serpil Değerli	Parazitoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Diğdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sulhattin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceylan Hepokur	Eczacılık Biyokimya	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Nöroşirurji ve Nöroloji Hastalarının Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı Algısı ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentileri
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Şerife Karagözoğlu		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülşay Yıldırım
İmza:

Ek-5. Cumhuriyet Üniversitesi Hastane Yönetimi İzin Formu

Tarih:28.04.2017 08:24
Sayı:93596471-044-E.00000155028
155028



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : 93596471-044
Konu : Arzu KESKİN Anket Çalışması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 17.04.2017 tarihli ve 138757 sayılı yazı.

Enstitünüz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Arzu KESKİN'in "Nöroşirürji ve Nöroloji Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentileri" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ait anket formlarını 10.04.2017-10.10.2017 tarihleri arasında Hastanemiz Nöroloji ve Nöroşirürji Kliniklerinde yatan hastalara uygulamasında sakınca bulunmayıp;
Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Ahmet YILMAZ
Başhekim

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <https://ebelgedogrulama.cumhuriyet.edu.tr> adresinden fc0c271d-138c-4a05-9d64-54a9fc98fc9 kodu ile erişebilirsiniz.

Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 SIVAS

Tel:0 346 2581326 Faks:0 346 2580024 E-posta: hastaneyaziisleri@cumhuriyet.edu.tr



1 / 1

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	ARZU KESKİN
Doğum Yeri ve Tarihi	ORDU/AKKUŞ 25.01.1985
Medeni Hali	EVLİ
Yabancı Dil	İNGİLİZCE
İletişim Adresi	Seyrantepe mahallesi, 16.sokak, dolunay apartman, no:8/1 A blok kat:3 daire:6 Merkez/Sivas
E-posta Adresi	arzuyadikar85@hotmail.com

EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU

Lise	İstanbul Kandilli Kız Lisesi
Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Unvan	Hemşire

İŞ TECRÜBESİ

2008-2019	Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi hemşire
------------------	-----------------------------------------------------------------